

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Friedmatt Basel
(Direktor: Prof. J. E. Staehelin)
und der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel
(Leitender Arzt: PD. Dr. C. Haffter)

Selbstmord und Selbstmordversuch im höheren Lebensalter

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von
HANS SCHAUB
von Basel

Basel 1955
Druck von Benno Schwabe & Co.
Basel

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Friedmatt Basel
(Direktor: Prof. J. E. Staehelin)
und der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel
(Leitender Arzt: PD. Dr. C. Haffter)

Selbstmord und Selbstmordversuch im höheren Lebensalter

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von
HANS SCHAUB
von Basel

Basel 1955
Druck von Benno Schwabe & Co.
Basel

Von der Medizinischen Fakultät genehmigt auf Antrag
von Herrn Prof. *J. E. Staehelin*

Tag der Promotion: 3. März 1955



Dahin führt die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern: daß man endlich unter den Lebenden nur so geduldet wird, welches eben nicht die ergötzlichste Lage ist.

IMMANUEL KANT

Einleitung

Die psychiatrische und forensisch-medizinische Literatur, die sich mit dem Problem der Selbsttötung befaßt, ist in ihrer Fülle unübersehbar. Mehrere tausend Autoren haben den Ausspruch Goethes: «Der Selbstmord ist ein Ereignis der menschlichen Natur, welches, mag auch darüber schon so viel gesprochen und gehandelt sein als da will, doch einen jeden Menschen zur Teilnahme fordert, in jeder Zeitepoche wieder einmal behandelt werden muß» zum Anlaß genommen, der Frage nach den Bedingungen der Selbsttötung nachzugehen. Die Zahl der nicht immer allein medizinischen, sondern auch soziologischen Arbeiten, die das Gebiet nach Gesichtspunkten der Geschlechtsverteilung, der Altersstufen, der Religionszugehörigkeit, der sozialen Lage, der Jahreszeit, der Tötungsmittel oder nach anderen Kriterien meist statistisch bearbeiteten, ist ungeheuer groß, ohne daß diese intensive Beschäftigung mit dem Problem Wesentliches zu dessen Erhellung beigetragen hätte.

Erst die hauptsächlich zu Beginn dieses Jahrhunderts einsetzende und weite Kreise ergreifende Erschütterung, die von den Selbstentleibungen Jugendlicher oder gar Kinder ausgegangen ist, hat der Erforschung dieses Fragenkomplexes neue Impulse zugeführt. Die Diskussion verschob sich weitgehend auf die Ebene der psychischen Voraussetzungen und innerseelischen Abläufe vor dem Selbstmord, und die Auseinandersetzung über die psychologischen Gegebenheiten ist seither nicht mehr zum Stillstand gekommen. Eine weitere Bereicherung des Bildes, das man sich vom Selbstmord machte, kam dadurch zustande, daß das hauptsächliche Interesse vom Selbstmord abgezogen und dem Selbstmordversuch zugewendet wurde, der ja viel größere Möglichkeiten der Abklärung und Untersuchung bieten mußte. Und schließlich hat das allerdings etwas verspätete Eindringen kritischer statistischer Methoden in die Arbeitsgebiete der Medizin auch hier seine ersten Auswirkungen gezeigt. Besonders die kürzlich erschienene Arbeit von *Schneider* ist in dieser Beziehung mustergültig.

Mit Befremden muß nun aber festgestellt werden, daß die Frage des Selbstmordes beim alternden und alten Menschen kaum je behandelt worden ist.

Bei mehr als 5000 wissenschaftlichen Arbeiten über das Problem des Selbstmordes finden sich nur 2 kleine, vorwiegend statistisch orientierte Zusammenstellungen in einem Aufsatz von *Gruhle* und in einer Mitteilung von *Kjorboe*. Daneben wird in einigen weiteren Arbeiten bei der Frage der Altersverteilung zum Problem des Selbstmordes bei betagten Menschen kurz Stellung genommen, gelegentlich ist auch bei der Beschreibung organischer Psychosen davon kurz die Rede, aber sonst wird das Thema kaum je berührt. Diese Tatsache ist um so erstaunlicher, als aus allen Statistiken die ganz besonders hohe und diejenige der Gesamtbevölkerung um ein Vielfaches übersteigende Selbstmordgefährdung des alten Menschen hervorgeht.

Man könnte sich die Scheu der medizinischen Forschung vor einer Berührung dieser Frage bis zu einem gewissen Grade aus der besonderen Stellung des Suicids des alten Menschen erklären, das nicht nur von der Philosophie der Stoa, sondern auch von zahlreichen späteren Denkern (*T. Morus, David Hume, Benjamin Constant* usw.) wenn nicht gefordert, so doch gebilligt wurde. Damit wird der Altersselbstmord aber bis zu einem gewissen Grade der psychopathologischen Betrachtungsweise entzogen und auf eine philosophische Ebene gehoben. Auch die immer wieder feststellbare Tatsache, daß weite Kreise, gerade der einfachen Bevölkerung, das freiwillige Hinscheiden der alten Leute billigen und sogar unterstützen, läßt möglicherweise den Schluß zu, daß ein scheinbar derart der Norm zuzurechnendes Geschehen nicht Gegenstand einer ärztlichen Betrachtung sein könne.

Nähere Beschäftigung damit – und die der Überalterung der Bevölkerung parallel gehende Zunahme der Altersselbstmorde zwingt zu dieser Auseinandersetzung – zeigt aber eine derartige Fülle echter psychiatrischer Fragestellungen, daß sich eine eingehende Untersuchung und Betrachtung, wie sie im folgenden unternommen werden sollen, wohl lohnen dürfte. Dies auch darum, weil gerade die Grenzsituation der Selbstentleibung geeignet ist, etwas Licht auf die besondere seelische Verfassung des alternden Menschen zu werfen und damit einen kleinen Beitrag zur Psychologie und Psychiatrie derjenigen Menschen zu liefern, die ihren biologischen Höhepunkt überschritten haben. Schließlich hoffen wir als Abschluß und Ergebnis der Untersuchung einige Hinweise für das ärztliche Verhalten bei Selbstmordgefährdung älterer Leute und einige Richtlinien in bezug auf die Vorbeugung eines derart tragischen Lebensausganges geben zu können.

Viel Dank schulde ich meinen psychiatrischen Lehrmeistern, Herrn Prof. *J. E. Staehelin*, Herrn Prof. *B. Dukor* und Herrn PD. *C. Haffter*, die mit manchem Hinweis und erfahrenem Ratschlag die Arbeit unterstützten. Auch stützt sich die Untersuchung vorwiegend auf das in der Basler psychiatrischen Universitätsklinik und -poliklinik gesammelte Krankengut, das mir in großzügiger Hilfsbereitschaft zur Verfügung gestellt worden ist.

Eine Fülle von Anregungen und der einzigartige Reichtum an Erfahrungen im Umgang mit alten Leuten sind mir von seiten des Herrn Dr. *A. L. Vischer*, des Chefarztes der Altersheime des Bürgerspitals Basel, zuteil geworden. Aber auch der Vorsteher des Statistischen Amtes des Kantons Basel-

Stadt, Herr Dr. *Guth*, hat dadurch, daß er ein großes Zahlenmaterial zur Verfügung stellte, Wesentliches zu der vorliegenden Arbeit beigetragen. Schließlich sei erwähnt, daß Herr PD. *J. ImObersteg*, Vorsteher des Gerichtlich-medizinischen Institutes der Universität Basel, die Sektionsprotokolle seines Institutes zur Einsicht zur Verfügung stellte, was der Arbeit in manchem wertvolle Ergänzung brachte. Allen hier Genannten sei der wärmste Dank ausgesprochen.

Das der Untersuchung zugrunde gelegte Krankengut

In die Arbeit einbezogen sind alle uns bekannt gewordenen Fälle von Suicid oder Suicidversuch bei 60jährigen und ältern Personen beiderlei Geschlechts. Die als Kriterium dienende Schwelle von 60 Jahren wurde so hoch angesetzt, um die Mehrzahl jener klimakterisch bedingten Depressionen auszuschalten, die die Selbstmordhäufigkeit doch etwas beeinflussen und die wir doch noch nicht dem eigentlichen Alter des Menschen zurechnen wollen. Gleichzeitig wird damit auch schon die übergroße Zahl jener die Selbstmorde der mittleren Lebensabschnitte bestimmenden, aus der Sphäre der Sexualität und Erotik stammenden Motive ausgeschlossen. Andererseits konnte die Grenze auch nicht höher angesetzt werden, wenn nicht wesentliche und für das Alter kennzeichnende Lebensaufgaben der Erfassung verloren gehen sollten. Dabei wurde vor allem an die Beendigung der Berufsausübung gedacht, die gerade in Basel schon häufig vor dem erfüllten 65. Altersjahr erfolgt. Ebenso können damit zum Teil auch noch jene Konfliktmöglichkeiten erfaßt werden, die sich aus dem Wegzug der jüngeren Kinder aus dem Elternhause ergeben.

Der Versuch, sich allein aus der Beobachtung von Selbstmördern ein Bild über den Geisteszustand vor und während dem Suicid zu machen, gelingt nur in seltenen Fällen. Etwa dort, wo aus irgendwelchen Gründen eine psychiatrische Untersuchung der Tat unmittelbar vorangegangen ist oder wo besonders reichhaltiges Tatsachenmaterial, wie Briefe oder Tagebücher, Rückschlüsse erlauben. Aber die so gelagerten Fälle stellen bereits eine besondere Auswahl dar und können niemals breitere Bevölkerungsschichten repräsentieren. So sind wir, wenn wir eine wirkliche Erhellung der Frage herbeiführen wollen, wie schon verschiedene andere Autoren (*Schneider, Ringel, Kiørboe*) gezwungen, unser Hauptaugenmerk auf jene Patienten zu richten, deren Selbstmordversuch aus diesen oder jenen Gründen scheiterte. Sie bieten die Möglichkeit eingehender Exploration, wenn die erste Schockwirkung der Tat einmal vorbei ist. Auch die zusätzlichen Erhebungen bei den Angehörigen pflegen hier ungleich viel ergiebiger und weniger entstellt auszufallen als bei den durch Selbsttötung Umgekommenen. Selbstverständlich stellen auch die an ihrem Selbstmord Gescheiterten eine gewisse, die Statistik beeinflussende Auswahl dar. Daß diese aber gerade beim alternden Menschen vernachlässigt werden darf, wird sich weiter unten ergeben. Um aber doch auch diese Fehlerquelle so weit als möglich auszuschalten, haben wir versucht, auch die am Suicid Gestorbenen möglichst lückenlos zu erfassen.

Unsere Arbeit, die den Zeitraum von 20 Jahren (1933 inkl. bis 1952 inkl.) umfaßt und damit eine Krisenzeit, Kriegsvorbereitungen, Krieg, Nach-

kriegszeit und eine Periode der wirtschaftlichen Blüte umgreift, betrifft Patienten aus dem Stadtkanton Basel-Stadt. Ohne jede Auswahl wurden sämtliche Patienten der uns interessierenden Altersstufe, die wegen eines Selbstmordversuches von der psychiatrischen Klinik oder Poliklinik untersucht worden waren, in die Arbeit einbezogen. Im einzelnen setzt sich unser Krankengut wie folgt zusammen:

1. *Selbstmordversuche*. Seit Jahren wird die psychiatrische Universitäts-poliklinik Basel zu allen wegen Suicids oder auch wegen vermuteter oder nachgewiesener suizidaler Tendenzen in die Kliniken des Bürgerspitals eingewiesenen Patienten zugezogen. Notfälle (und Suicidversuche sind praktisch immer solche) werden vorwiegend ins Bürgerspital und nicht in die wenigen Privatspitäler des Kantons eingewiesen. So kann man annehmen, daß ein relativ hoher Prozentsatz der wegen Selbstmordversuchs Hospitalisierten den konsiliarisch tätigen Ärzten der psychiatrischen Poliklinik zugeführt worden sein dürfte. Für die erste Hälfte des unserer Beobachtung zugrunde liegenden Zeitraumes dürfte dies allerdings nur teilweise richtig sein, da damals noch nur ein Teil der Selbstmordverdächtigen psychiatrisch untersucht wurde. Von 1933–1952 sind von der Poliklinik 43 Patienten wegen eines Selbstmordversuchs im Bürgerspital untersucht worden. 35 weitere Patienten sind in der psychiatrischen Klinik untersucht worden. Davon sind allerdings 14 vor der Einlieferung in die Friedmatt von der psychiatrischen Poliklinik schon erfaßt worden, so daß also 64 Personen (35 Männer, 29 Frauen), die in der Klinik, Poliklinik oder an beiden Orten untersucht worden waren, in die Arbeit einbezogen sind.

2. *Selbstmorde*. Die Zusammenstellung der im gerichtsmedizinischen Institut der Universität Basel im gleichen Zeitraum an Selbstmördern erfolgten Autopsien (in Basel kommen sämtliche Selbstmörder zur Sektion) ergab für die 20 Jahre: Selbstmorde von 60jährigen und ältern Personen: Männer 144, Frauen 82, zusammen 226. Die Zahl scheint recht hoch, doch ist der wirkliche Wert eher etwas höher, da ein kleiner Teil der Selbstmörder infolge Spitaleinweisung vor dem Exitus an anderen Orten zur Autopsie kommt. Immerhin dürfte auch hier der weitaus größte Teil erfaßt worden sein, da die Gesamtzahl der infolge selbstmörderischer Handlungen 1933–1952 in Basel gestorbenen 60jährigen und ältern Kantonseinwohner nach den Angaben des Statistischen Amtes des Kantons Basel-Stadt 238 beträgt. Da die Angaben über berufliche und soziale Situation, über die Motive und insbesondere über den psychischen Zustand unmittelbar vor der Tat bei Selbstmördern nur höchst unzuverlässig zu erheben sind, haben wir uns bei dieser Gruppe auf die Erfassung von Geschlecht, Alter und Todesart, die alle aus den Sektionsprotokollen zuverlässig zu erfahren waren, beschränkt. Eigene Schlüsse werden aus diesen spärlichen Ergebnissen nicht gezogen werden können, aber als Vergleichszahlen gegenüber den Selbstmordversuchen leisten sie einige Dienste.

Auf die Durchführung einer katamnestischen Untersuchung bei den wegen Selbstmordversuchs behandelten Patienten haben wir aus theoretischen

Überlegungen verzichtet. Das Durchschnittsalter von 68 Jahren bei den männlichen und von 69 Jahren bei den weiblichen Patienten sowie die allgemeine Hinfälligkeit der oft durch den Suicidversuch noch zusätzlich geschädigten Patienten ergab eine derart geringe Lebenserwartung, daß eine katamnestiche Weiterverfolgung ohnehin zum Scheitern verurteilt schien. Immerhin sei hier angeführt, daß 9 der wegen Suicidversuchs beobachteten Patienten nachgewiesenermaßen später den Freitod fanden und daß darüber hinaus 9 weitere neue Suicidversuche unternommen haben, ohne allerdings daran zu sterben. Es besteht kein Zweifel daran, daß die Rezidivgefahr sich in unseren Zahlen noch ausgeprägter äußern müßte, wenn nicht zahlreiche Patienten bald nach dem Suicidversuch eines natürlichen Todes gestorben wären.

Die Häufigkeit von Suicid und Suicidversuch im Alter

Die Suicidhäufigkeit nimmt mit dem Alter in beängstigendem Ausmaß zu. Dies gilt für den größten Teil aller Länder und Rassen, hat aber auch Ausnahmen, für die nur schwer eine Erklärung gefunden werden kann. So gibt es Unterschiede zwischen Stadt und Land, und im Alter zeigen gewisse Rassen eine andere Selbstmordverteilung als die weiße Bevölkerung. Die Suicidneigung der farbigen Bevölkerung der Vereinigten Staaten ist im Gegensatz zu ihren Mitbürgern weißer Abkunft außerordentlich gering.

Wenn im folgenden in Tabellen oder graphischen Darstellungen Selbstmordziffern angeführt werden, so sollen darunter, wenn dies nicht anders vermerkt, immer auf 100 000 der betreffenden Gruppe umgerechnete Selbstmordzahlen pro Jahr verstanden werden. Wir haben darauf verzichtet, wie *Waldstein* korrigierte Selbstmordziffern zu verwenden (d. h. die Bevölkerungsanteile von weniger als 10 oder 15 Jahren aus der Berechnung wegzulassen), da sonst wertvolle Vergleichsmöglichkeiten mit dem Auslande entfallen wären. Schweizerische Zahlenwerte solchen ausländischer Herkunft gegenüberzustellen, muß ohnehin sehr behutsam geschehen. So ist darauf hinzuweisen, daß die statistischen Angaben von Staaten, in denen, wie in England, der Selbstmord noch ein strafrechtlicher Tatbestand ist oder wo die Selbsttötung aus anderen Gründen eine gewisse Ächtung erfährt, wie in vorwiegend katholischen Ländern, kaum Vergleiche mit unseren Zahlen zulassen. Während in Basel jeder Selbstmord und unklare Todesfall zur Autopsie kommt, gilt eine solche Regelung für den Großteil des Auslandes und auch für zahlreiche schweizerische Kantone als Ausnahme. Bei auffallend niedrigen Selbstmordziffern darf mit einiger Wahrscheinlichkeit auf eine ungenügende Erfassung geschlossen werden. In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, daß *Waldstein* nachgewiesen hat, daß diejenigen Kantone mit niederen Selbstmordzahlen auffallend hohe Unfallmortalitäten ausweisen. Man darf wohl annehmen, daß dort häufig das, was als Selbstmord beabsichtigt war, amtlich als unfallbedingte Lebensbeendigung registriert wird.

Als mittlere Werte gelten, wobei allerdings Kriegs-, Nachkriegs- und

Krisenzeiten noch ganz erhebliche Schwankungen nach oben und unten verursachen können, folgende Selbstmordziffern:

für Deutschland.	21-22	} jährliche Selbstmorde je 100 000 Einwohner aller Altersstufen
Österreich	18-19	
Frankreich	19-23	
Italien	7- 9	
Schweiz (1881-1925) . . .	20-23	

Interessant ist, daß die Schweiz das einzige Land ist, in dem die Selbstmordziffern über beinahe ein Jahrhundert hinweg konstant geblieben sind, während es in anderen Ländern, wohl unter dem die Lebensführung so stark treffenden Einfluß von Krieg, revolutionärer Umschichtung und die Statistik beeinflussenden Grenzverschiebungen, zu ganz erheblichen Veränderungen gekommen ist. So zeigen Italien und Österreich eher eine allgemeine Zunahme im bisherigen Verlaufe dieses Jahrhunderts, während Deutschland und Frankreich nur vorübergehende, aber ausgeprägte Schwankungen nach oben aufweisen.

Für Basel haben wir an Hand der uns vom Statistischen Amt zur Verfügung gestellten Zahlen für die Jahre 1933-1952 unter Berücksichtigung der Bevölkerungszunahme von 164 020 auf 201 550 Einwohner und gesamt- haft 1093 Selbsttötungen eine durchschnittliche Selbstmordziffer von 30,6 pro Jahr und 100 000 Kantonseinwohner errechnet, mit Extremwerten von 19,5 (1937) und 46,0 (1945). Im großen und ganzen zeigt aber auch der Kanton Basel-Stadt eine auffallende Konstanz. So haben auch die hohen Nachkriegswerte bald wieder einer Senkung Platz gemacht. 1952, im letzten Jahr unserer Zählung, betrug die Quote nur noch 28,0.

Die Altersverteilung ist in beinahe allen uns umgebenden Ländern ähnlich. Die Selbstmordziffern bis zum 15. Lebensjahr sind sehr gering, steigen dann aber rapid an bis zu einer mittleren Höhe von etwa 30 Selbstmorden (je 100 000 Einwohner der betreffenden Altersstufe). Vom Klimakterium an zeigt die Kurve dann einen neuen recht steilen Anstieg auf sehr hohe Werte hinauf. Da die baselstädtischen Zahlen allein für die Aufstellung einer Verteilungskurve nicht genügt hätten, haben wir, um ein möglichst entsprechendes Bild zu erhalten, die Selbstmorde, die sich in allen schweizerischen Städten von mehr als 10 000 Einwohnern ereignet haben, verwendet. (Die Zahlenwerte, die einen Mittelwert der Jahre 1921-25 darstellen, wurden der sorgfältigen statistischen Arbeit von *Waldstein* entnommen.) Ein Vergleich mit den gesamtschweizerischen Verhältnissen wäre unzulässig gewesen, da zuvor die ländlichen Verhältnisse, die in bezug auf die Altersverteilung beim Selbstmord anderen Gesetzmäßigkeiten unterliegen, hätten ausgeschaltet werden müssen.

Die wiedergegebene Verteilungskurve zeigt, daß in den schweizerischen Städten die Selbstmordziffer steil bis zu einem Höchstwert im Alter ansteigt und daß dieser abnorme Altersanstieg beinahe allein auf Kosten des männlichen Geschlechtes geht. Nun ist es eine schon lange bekannte Tatsache, daß der Mann ganz allgemein stärker selbstmordgefährdet ist als die Frau.

Selbstmordziffer der ganzen Schweiz
im gleichen Zeitraum: 28

Selbstmordziffer der Städte:
davon männlich: 51
weiblich: 15

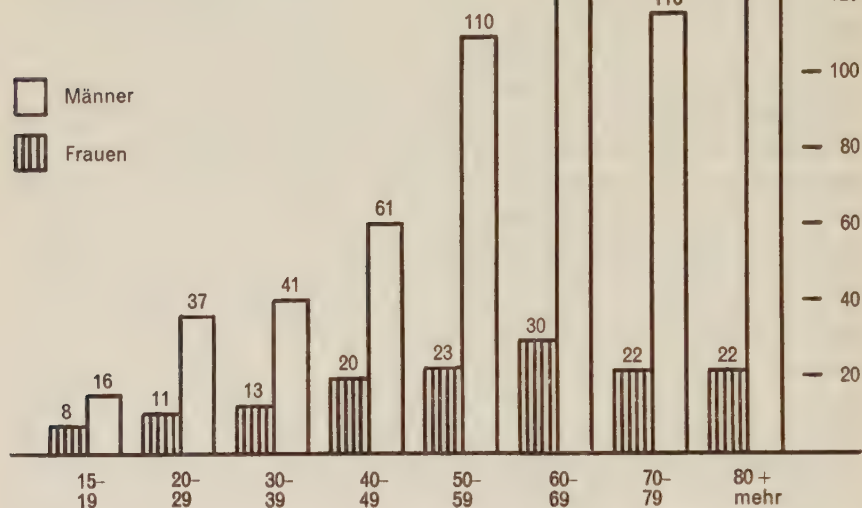


Abb. 1. Selbstmordziffern auf 100 000 Einwohner der Bevölkerung der einzelnen Altersklassen und Geschlechter im Jahresdurchschnitt (1921-1925, schweizerische Städte von über 10 000 Einwohnern, Zahlenwerte nach *Waldstein*).

Daß sich aber der Quotient dermaßen zu Ungunsten des Mannes verschiebt, daß im Alter auf 1 Selbstmord bei Frauen 4-6 bei Männern entfallen, ist erstaunlich. Daß diese Erscheinung aber nicht etwa nur in der Schweiz zu finden ist, sondern in ähnlicher Art auch in anderen Staaten angetroffen wird, zeigt Abb. 2. Sie stellt die Altersverteilung der Selbstmordziffern der weißen Bevölkerung der USA für das Jahr 1940 dar (nach Werten des *United States Bureau of the Census*). Die farbige (insbesondere schwarze) Bevölkerung wurde in die Darstellung nicht aufgenommen, da die dort festzustellende gute Resistenz gegenüber suicidalen Impulsen, die sich übrigens vorwiegend im Alter bemerkbar macht, die Ergebnisse bei der weißen Bevölkerung zu sehr entstellte hätten. Diese zeigt nun allerdings, abgesehen davon, daß sämtliche Werte etwa um die Hälfte vermindert sind, einen Kurvenverlauf, der sich mit der Darstellung der schweizerischen Verhältnisse beinahe zur Deckung bringen läßt. Auch hier sind es die Männer, die praktisch allein die Alters-suicidalität ausmachen. Der Grund dafür, daß die Selbstmordziffern in den USA generell niedriger sind als in den schweizerischen Städten, dürfte wohl in der ungenügenden Erfassung der Selbstmordfälle zu suchen sein und zum Teil auch darin, daß die amerikanischen Zahlenwerte auch die ländlichen Einwohner einschließen.

Ganz ähnliche Zahlenverhältnisse sowohl in bezug auf die Geschlechtsverteilung der Selbstmörder als auf ihre Zugehörigkeit zu den verschiedenen Altersstufen hat *Gruhle* in Preußen festgestellt. In Dänemark scheint früher die Beteiligung der älteren Bevölkerungsschichten an den Selbstmorden noch ganz bedeutend größer gewesen zu sein, werden doch Selbstmordziffern von 180 bei den 55–60jährigen Männern Kopenhagens angegeben. Diese Extremwerte sind in der Zwischenzeit allerdings stark reduziert worden, beträgt die Selbstmordziffer für 65jährige Männer in Dänemark nach *Kjørboe* heute doch nur noch 51,1.

Die Selbstmordhäufigkeit der über 60jährigen beträgt im Kanton Basel-Stadt im Durchschnitt der Jahre 1933–1952 51,1 je 100 000 Kantonseinsohner der gleichen Altersstufe. Dies entspricht etwa dem Doppelten der noch nicht 60 Jahre alten in Basel Niedergelassenen, die eine Selbstmordziffer von 27,5 aufweisen. Damit wird die Behauptung *Gruhles* von der «unge-
mein zunehmenden Selbstmordneigung jenseits des 50. Lebensjahres» auch durch die Verhältnisse der Stadt Basel bestätigt.

Das uns schon früher in schweizerischen und amerikanischen Statistiken aufgefallene Vorherrschen der männlichen Selbstmörder im Alter ist auch in Basel festzustellen. Von den 226 im gerichtsmedizinischen Institut untersuchten Selbstmördern über 60 Jahren waren 144 männlichen und 82 weiblichen Geschlechts. Wenn man aber berücksichtigt, daß in Basel auf 7400 65jährige und ältere Männer 12600 Frauen des entsprechenden Alters kommen, dann lassen die Zahlen von 144 männlichen und 82 weiblichen Suicidierten errechnen, daß in Basel auf 1 alte Frau 3 Männer von über 65 Jahren Selbstmord begehen. Altersmäßig verteilen sich diese Leute wie folgt:

Altersstufen	Männlich	Weiblich	Zusammen
60–64	46	26	72
65–69	32	15	47
70–74	35	23	58
75–79	17	8	25
80–84	10	7	17
85 und älter	4	3	7
Total	144	82	226

Zahllose Arbeiten sind über die nicht anzuzweifelnde Tatsache geschrieben worden, daß die Neigung zu Selbstmord in Revolutions- und Kriegzeiten eine statistisch signifikante Abnahme erfährt und daß auch wirtschaftliche Schwankungen, wenn auch weniger konstant, die Suicidneigung beeinflussen. Gemäß schweizerischen (*Waldstein*) und bayrischen (*Gruhle*) Statistiken sollen sich aber ältere Leute weniger an der Senkung der Selbstmordfrequenz durch den Krieg beteiligen. Die Ergebnisse unserer Untersuchung bestätigen diese Feststellung allerdings nicht. Die Verteilung der 226 untersuchten Selbstmordfälle auf die Jahre 1933–1952 zeigt eine charakteristische Senke zu Beginn des zweiten Weltkrieges.

Selbstmordziffern für

	Weiße	Neger
männlich	23,5	6,2
weiblich	7,3	2,0
zusammen	15,5	4,0

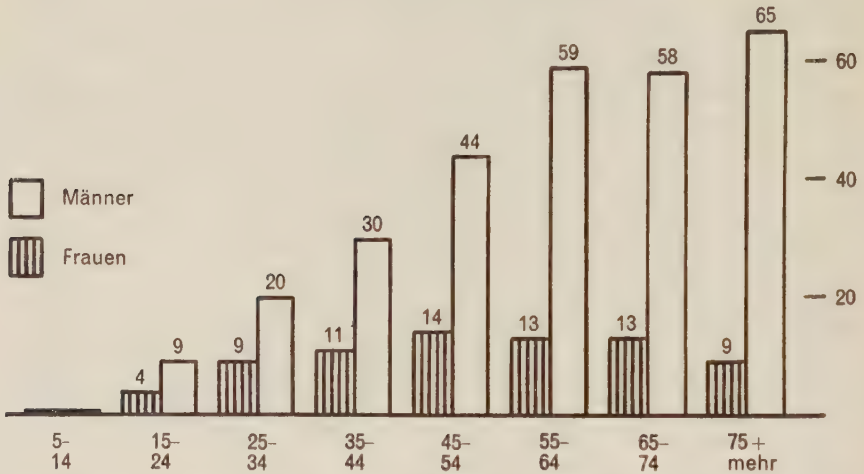


Abb. 2. Altersspezifische Selbstmordziffern der weißen USA-Bevölkerung je 100 000 weiße Einwohner der Altersstufe (1940, Zahlenwerte nach United States Bureau of the Census).

Wiederholt ist die These aufgestellt worden, daß der Rückgang der Selbstmordneigung in Kriegszeiten bis zu einem gewissen Grade auf kathartische Entspannung des Individuums durch den allgemeineren Konflikt zurückzuführen sei. Nachdem wir aber die Statistiken amerikanischer Lebensversicherungsgesellschaften (*Anon*) gesehen haben, die nachweisen, daß nach Pearl Harbour die Selbstmordneigung der alten Männer bedeutend stärker als diejenige der Männer in wehrfähigem Alter zurückgegangen ist, die doch an der Quelle der Katharsis standen, drängt sich einem der Gedanke auf, daß der Tatsache, daß der Krieg für alte und längst beiseite gestellte Männer Arbeitsplätze und gewisse Verantwortlichkeiten in der Landesverteidigung schafft und ihnen damit eine zusätzliche und dringend nötige Erhöhung des Selbstbewußtseins verleiht, größere Bedeutung für die Verhinderung von Selbstmorden zukommt als der Entspannung von Aggressionen.

Ebenso auffällig ist aber auch der deutliche Anstieg gegen Ende des Krieges, wobei interessant erscheint, daß gerade die Frauen als erste auf den Frieden mit erhöhter Selbstmordneigung antworteten. Dabei muß hier betont werden, daß der Krieg unserem Lande keineswegs Zerstörung und Armut hinterließ, sondern eine blühende Wirtschaft mit allgemein gehobenem Wohlstand.

Der jahreszeitliche Verlauf der Selbstmordhäufigkeit unterscheidet sich in unserem Material deutlich von der klassischen Kurve, die für ganz Europa geltend in der Selbstmordliteratur festgehalten wird. Während dort ein ausgesprochenes Maximum in den Monaten Mai und Juni (den gleichen Monaten übrigens, in denen auch die Sexualdelikte gehäuft auftreten) festzustellen ist, zeigt unsere Untersuchung in den beiden erwähnten Monaten eher unterdurchschnittliche Werte, dagegen im März eine ganz ausgeprägte Spitze. Selbstmorde und Selbstmordversuche unseres Materials zeigen dabei einen in jeder Beziehung parallelen Verlauf. Es ist einzig festzuhalten, daß die Frauen im März nicht diese gleiche Verstärkung der Suicidneigung aufweisen wie die Männer.



Abb. 3. Selbstmordhäufigkeit in den Jahren 1933–1952 bei über 60 Jahre alten Basler Kantonseinwohnern (nach dem Material des Gerichtlich-medizinischen Institutes der Universität Basel.)

Ob es sich bei diesem März-Maximum um die Auswirkungen lokaler Klima-gegebenheiten (etwa des Föhnns, auf dessen Bedeutung für den Selbstmord schon *Staeelin* hingewiesen hat) handelt oder ob sich darin ganz allgemein eine andere Jahresrhythmik der alten Leute, besonders der Männer, manifestiert, die auf das Erlebnis des Vorfrühlings mit einer besonderen Bereitschaft zu depressiven Verstimmungen antworten, können wir, ohne daß wir unsere Werte mit den Angaben anderer Landesgegenden verglichen haben, nicht entscheiden. Hingegen könnte vermutet werden, daß im Monat März das winterbedingte Vitamindefizit sein Maximum erreicht hat und daß dies gerade bei älteren und alleinstehenden Männern, die sich gewöhnlich

ohnehin einseitig ernähren und infolge ihres dauernden leichten Alkoholkonsums einen größeren Vitaminbedarf aufweisen, zu einer leichteren Ermüdbarkeit und Verstimmbarkeit führen könnte.

Die Durchführung des Selbstmordversuches

Die von den Suicidanten gewählten Todesarten hängen von mancherlei Zufälligkeiten ab und unterliegen auch gewissen Zeitströmungen, die wohl vorwiegend durch Zeitungsmeldungen bedingt sind. Bei den vollzogenen Selbsttötungen unserer Erhebung überwiegen die bekannten Todesarten:

Todesart	Männer	Frauen	Zusammen
Kochgas	42	47	89
Erhängen	37	7	44
Erschießen	35	—	35
Ertrinken	16	10	26
Sturz aus Höhe	5	7	12
Schlafmittelintoxikation .	2	5	7
andere	7	6	13
Total	144	82	226

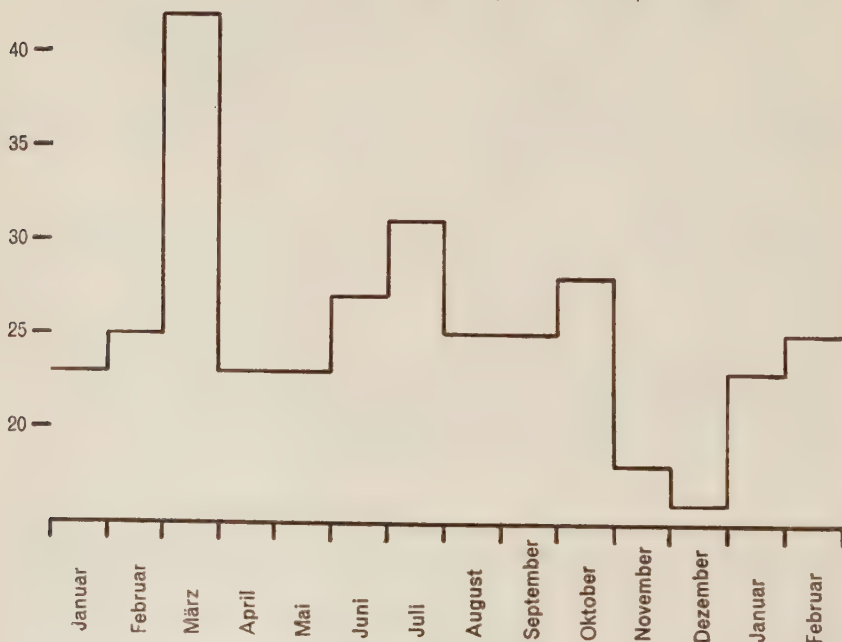


Abb. 4. Verteilung von 306 Selbsttötungen und Selbsttötungsversuchen unseres Materials auf die Monate (reduziert auf 30 Tage).

Die gleichen Zahlen gelten proportional auch für jene Patienten, deren suicidale Tendenzen nur zum Versuch der Selbsttötung geführt haben (mit Ausnahme des Erschießens, das beinahe immer tödlich ausgeht). Daß der

Tod am Gasherd so häufig gesucht wird, mag einerseits damit zusammenhängen, daß unserer Untersuchung eine rein städtische Bevölkerung zugrunde liegt, die zum guten Teil Zugang zum Gas hat. Andererseits mag aber die Tatsache, daß die sonst überwiegende Todesart des «kleinen Mannes», das Erhängen, und des Mannes «aus besseren Kreisen», das Erschießen (beide kommen in der Schweiz in über 60% aller Selbstmorde von Männern aller Lebensalter zur Anwendung), zugunsten des stillen Todes mit Gas stark verdrängt werden, auf die geringe Bedeutung aggressiver Antriebe beim Selbstmord des alten Mannes zurückgeführt werden. Mehr für die Erklärung der Selbsttötungsneigung läßt sich aus der Todesart wohl nicht ableiten.

Weitere und bedeutungsvolle Schlüsse dürfen aber aus der unerwarteten Feststellung gezogen werden, daß das Verhältnis von Selbstmordversuchen zu vollzogenen Selbstmorden sich im Alter in ganz eindeutiger Weise verändert. Bei denjenigen Menschen, die noch nicht das unsere Untersuchung interessierende Alter erreicht haben, überwiegen die Selbstmordversuche den Selbstmord um ein Vielfaches. Eine genaue Zahl läßt sich kaum ermitteln, da meist die Erfassung des versuchten oder dann des vollendeten Selbstmordes nur teilweise gelingt.

Aus verschiedenen Erhebungen läßt sich aber deutlich erkennen, daß dieses Verhältnis im Alter umgekehrt wird. So gibt eine statistische Auswertung aller im Jahre 1926 in Wien erfaßten Selbstmorde und Selbstmordversuche (*Delannoy*) zu erkennen, daß der Anteil der über 60jährigen an den Selbstmorden 18,3%, derjenige an den Selbstmordversuchen dagegen nur 2,8% beträgt. Bei den Jugendlichen gingen in Wien nur 15,9% aller Selbstmordhandlungen tödlich aus, bei den 40–50jährigen dagegen schon 46,8%, bei den 70–80jährigen aber 81,1%. Während also der Selbstmord des Jugendlichen ein Selbstmordversuch bleibt, nehmen die meisten suicidalen Akte im Alter einen tödlichen Ausgang. Dies darf, wie wir sehen werden, nur zum kleinsten Teil darauf zurückgeführt werden, daß der junge Mensch etwa Intoxikationen oder Verletzungen besser überstehe als der gealterte.

Schweizerische Zahlen geben ein ähnliches Bild: Den Angaben des Statistischen Amtes des Kantons Basel-Stadt entnehmen wir, daß in Basel in den Jahren 1933–1952 von 1093 Selbstmorden 238 auf 60 und mehr Jahre alte Personen entfielen, d. h. daß 21% der Selbstmorde von alten Leuten begangen werden. Bei den Selbstmordversuchen ist der Prozentsatz der älteren Personen dagegen wie in Wien sehr gering. Der Untersuchung von *P. B. Schneider* entnehmen wir die folgenden Werte:

Zeitraum	Untersuchungsort	Anzahl der SMV	Davon bei über 65jähr.	Prozent- satz
1933–40	Clinique psychiatrique de Lausanne . .	372	16	4,3
1948–50	Policlinique psychiatrique de Lausanne	129	4	3,0
1948–50	Psychiatrische Poliklinik Basel	189	11	5,8

Während bei Menschen im mittleren Lebensalter auf einen Selbstmord 2-3 Selbstmordversuche kommen (bei jüngeren Frauen ist dieses Verhältnis besonders ausgeprägt), kehrt sich diese Beziehung im Alter um. In unserem Material kamen auf 226 vollzogene Selbstmorde nur 64 Selbstmordversuche. Wir sind uns dessen durchaus bewußt, daß unsere Untersuchung nicht sämtliche Selbstmordversuche erfassen konnte; es darf aber angenommen werden, daß die Mehrzahl davon in unserer Arbeit enthalten sind.

Auch die statistische Auswertung von 1817 Patienten mit Selbstmordversuchen, die innerhalb von 10 Jahren ins Cincinnati General Hospital verbracht wurden, zeigt, daß der Prozentsatz der aus dem gleichen Grunde eingelieferten älteren Patienten recht gering war. Nur 111 waren 60 und mehr Jahre alt, was 6,1% entspricht (*Piker*).

Wenn wir also feststellen, daß der Anteil der Alten unter den an Selbsttötung Gestorbenen recht groß (etwa 20%), derjenige unter den nur wegen Selbstmordversuches Untersuchten aber erstaunlich klein ist (etwa 3-6%), so darf daraus gefolgert werden, daß die Neigung zur Selbstentlebung im Alter gefährlicher, ernsthafter und entschlossener wird. Um das besser verstehen zu können, sollen vorerst die verschiedenen Möglichkeiten in der Anlage eines derartigen Selbstmordversuches näher betrachtet werden. Dabei soll, nach einem Vorschlag von *Ringel*, als Kriterium gelten, inwiefern wirklich echte Suicidimpulse die Persönlichkeit beherrschten. Ob der Versuch schließlich mit dem Tode endete, ist für diese Art der Betrachtung nicht von Belang. Entscheidend soll nur sein, ob dieser letale Ausgang erwartet und herbeigesehnt wurde. Man wird deshalb unterscheiden können:

1. *den vorgetäuschten Selbstmordversuch*; bei dem ein untaugliches Mittel und das ganze Arrangement, das einzig darauf ausgerichtet ist, Dritte zu beeindrucken oder zu erpressen, bewußt gewählt werden. Zahlenmäßig spielt diese Form des Selbstmordversuches auch nach unserer Erfahrung in allen Lebensaltern eine geringe Rolle;

2. *den demonstrativen Selbstmordversuch*; hier kommen echte suicidale Tendenzen zur Auswirkung, die aus einer tiefen existentiellen Not stammen können. Gleichzeitig erfüllt die Tat aber auch diesseitige Funktionen. Sie geschieht nie einsam, sondern bedarf immer eines Zweiten, eines, wenn auch nicht unmittelbar gegenwärtigen, so doch zu treffenden oder zu beeindruckenden Menschen, auf den hin die Tat ausgerichtet und angelegt ist. Solche Selbstmordversuche können verschiedenen Zwecken dienen, ohne daß allerdings die angestrebten Ziele immer erreicht würden. Sie verfolgen, allerdings unter Einsatz des Lebens, eine mehr oder weniger bewußte Wirkung im Leben und sind durch ein Durcheinander verschiedener Strebungen, die das Gegenteil wollen, gekennzeichnet. Sie können z. B. der Absicht dienen, einen geliebten Menschen zu beeindrucken, der sich von einem abzuwenden droht; sie können narzistische Motive zur Schau stellen oder auch einen Racheakt darstellen. Solche Patienten pflegen denn auch letzte Briefe oder Äußerungen zu hinterlassen (*Morgenthaler*), die den einen oder anderen ihrer Mitmenschen offen belasten oder beschuldigen, oder die das infolge der

starken Aggressionshemmung nur in der Form pseudoaltruistischer Bemerkungen äußern können, mit denen die Schuld (der anderen, setzt der seinen letzten Brief Schreibende meist stillschweigend voraus) betont auf die eigene Schulter abgewälzt werden soll. Nur allzu häufig ist es auch ein in der Folge von bestimmten Erlebnissen steil angestautes Aggressionsbedürfnis, das mit zunehmender Domestikation des Menschen nicht mehr nach außen, gegen den Gegner, zur Entladung gebracht werden darf, sondern nur noch im Angriff auf die eigene Person entlastet werden kann. An die Stelle des früheren Zweikampfes und späteren Duelles im Kampf um Ehre oder einen geliebten Menschen ist heute der Selbstmord getreten. Gelegentlich zeigt sich die Aggressivität noch in den näheren Umständen des Selbstmordes.

Der demonstrative Selbstmordversuch hat also das Ziel des Handelns noch in *dieser* Existenz. Diese Besonderheit wird aber vom Patienten unbewußt oder vorbewußt miterlebt, weshalb sich im Handeln eines unter derartigen Umständen Todbereiten eine spielerische Ambivalenz zeigt, die sich in Fehlleistungen in der technischen Ausführung der Tötung oder in der Wahl unzureichender Selbstmordmittel, die ein Mißlingen nicht ausschließen, äußert. Zwar ist die sogenannte «self-preservative self-destruction» nach *Menninger* immer von einer heftigen Gemütsbewegung begleitet, und an der Intensität des Tötungswunsches kann nicht gezweifelt werden. So stark dieser Affekt vor der Tat aber auch gewesen sein mag, so plötzlich und unerwartet pflegt er schon wenige Stunden nach dem Mißlingen eines derartigen demonstrativen Selbstmordversuches abzuklingen. Man ist immer wieder erstaunt, festzustellen, wie rasch dieser Stimmungsumschlag eintritt. Ein Rezidiv muß unmittelbar nach einem solchen Versuch nicht befürchtet werden, doch ist die Prognose auf die Dauer, wie *Schneider* in katamnesticen Untersuchungen festgestellt hat, fragwürdig.

Diese demonstrativen Selbstmordversuche, von denen natürlich trotz der in der Anlage zum Ausdruck kommenden Ambivalenz immer ein gewisser Prozentsatz tödlich ausgeht, machen die große Mehrzahl all jener Selbstmordversuche aus, die von Leuten jüngeren und mittleren Lebensalters unternommen werden. Ganz besonders Frauen, die dem emotionalen Erleben mehr unterliegen, weisen diesen Selbsttötungsmodus auf; sie zeigen allerdings auch in ganz besonderem Maße unbewußte Selbstschutzmechanismen, die sie vor dem tödlichen Ausgang bewahren.

3. *Der echte Selbsttötungsversuch* wird mit zunehmendem Alter häufiger. Er soll keine Wirkung in dieser Existenz mehr ausüben. Ein Zuschauer wird nicht mehr vorausgesetzt. In der Ausführung der Tat zeigt sich keine bremsende und ausgleichende Zwiespältigkeit mehr. Zielstrebig und ausdauernd wird die Tötungsabsicht verfolgt. Einsam und meist auch ohne Abschiedsbrief ist das Ende. Es ist der Selbstmordversuch der depressiv oder schizophran Psychotischen, der an einer tiefen Neurose Gescheiterten und vor allem auch des alternden Menschen.

Wie nicht anders zu erwarten, ist die Sterblichkeit bei dieser 3. Gruppe am größten; denn hier fallen alle jene mehr oder weniger unbewußt ein-

kalkulierten Faktoren, die so viele der demonstrativen Selbstmordversuche scheitern lassen, weg. Wenn der echte Selbstmordversuch mißlingt, dann entgegen der Erwartung des Patienten. Technische Schwierigkeiten, eine falsche Einschätzung des gewählten Mittels, ungenügende medizinische Kenntnisse und alle möglichen Zufälligkeiten führen gelegentlich dazu, daß auch hier der geplante Selbstmord ein Versuch bleibt.

Der vorgetäuschte Selbstmordversuch ist im Alter selten. Sein Vorkommen ist wohl auf unechte hysterische Persönlichkeiten mit simulatorischen Tendenzen beschränkt. Der einzige Fall aus unserem Krankengut zeigt zwar offensichtlich, daß der Selbstmordversuch nur vorgetäuscht war, läßt aber doch die Vermutung zu, daß die Patientin später einmal über dieses nur spielerische Betätigen von Selbstmordideen hinausgehen könnte.

Fall 1. 66jährige Frau. Sie stammt aus einer mit Psychosen belasteten Familie (die Schwester entwickelte im Klimakterium ein Eifersuchtsparanoid, und drei Mitglieder der weiteren Familie endeten durch Suicid). Die deutlich unterintelligente, aber doch nicht schwachsinnige Patientin hat sich nach elementarer Schulbildung kurze Zeit als Hausangestellte betätigt und dann einen mehrfach vorbestraften Betrüger geheiratet, der sich in der Folge zum chronischen Alkoholiker entwickelte und der Patientin mit seiner grobschlächtigen und gleichzeitig schlaun Art das Leben recht schwer machte.

Im Haushalt hatte sich zwischen ihr und dem mit der 28jährigen Tochter verbündeten Gatten eine scharfe Front ausgebildet, so daß die Patientin gänzlich isoliert war. Unmittelbar nach einer unbedeutenden Meinungsverschiedenheit mit der Tochter habe die Patientin bei sich gedacht, «daß das Leben doch keinen Sinn mehr habe!». Sie badete, «um bei der Einlieferung ins Spital sauber zu sein», schrieb einen Abschiedsbrief: «Laßt mich schlafen; wenn ich nicht mehr erwache, ist Euch alles verziehen» und legte diesen Brief auf den Küchentisch, wo er innert weniger Minuten von den übrigen in der Wohnung anwesenden Familienmitgliedern entdeckt werden mußte. Sie selbst legte sich auf ihr Bett und nahm einige wenige Tabletten eines schwachen Schlafmittels zu sich.

Die hier möglicherweise vorhandenen suicidalen Tendenzen wurden von der sehr unecht wirkenden Frau sofort im verbissenen und alten Positionskampf innerhalb der Familie eingesetzt. Charakteristisch ist auch, daß sie schon vor Jahren eine ähnliche Szene aufgeführt hat.

Unter allen 64 Selbstmordversuchen, die dieser Arbeit zugrunde liegen, finden sich nur zwei, die eine deutliche demonstrative Färbung besitzen, dabei stellt doch sonst diese Kategorie die übergroße Mehrzahl sämtlicher Selbstmordversuche. Es ist wohl nicht zufällig, daß es sich bei beiden um Menschen handelt, die die Schwelle von 60 Jahren nur knapp überschreiten. Einer der Fälle sei im folgenden kurz wiedergegeben:

Fall 2. 60jähriger Mann. Er stammte aus kinderreicher, hereditär nicht besonders belasteter Familie. Als Kleinkind hat er die Mutter verloren und durch eine Versorgung als Verdingkind auch die übrigen familiären Bindungen. Nach einer Lehre als Schmied war er als Mechaniker tätig und führte schließlich eine ganze Reihe von Werkstätten in Betrieben der Automobilindustrie. Dabei wechselte er aber recht häufig seine Stellen, was nur zum Teil auf sein etwas reizbares und unstetes Wesen zurückgeführt werden darf. Nach der großen Wirtschaftskrise konnte er sich als nahezu 60jähriger keinen entsprechenden Wirkungskreis mehr verschaffen und mußte deshalb sich und seine Familie nur noch sehr kümmerlich mit der Übernahme von Vertretungen durchbringen. Die wirtschaftlichen Schwierigkeiten führten zu

einer Verschärfung der von jeher vorhandenen ehelichen Konflikte und schließlich zur Trennung der Ehe. Der Patient konnte Unterkunft nur noch bei seinem Schwiegersohn finden, der ihn aber nur allzu deutlich fühlen ließ, wie überflüssig er sei und ihm u. a. schriftlich mitteilte: «Bleiben kannst Du, aber brauchen tu ich Dich nicht!» Es kam darauf zu schweren Beschimpfungen zwischen den beiden, und der Patient ertrug es nicht, daß seine Tochter die Partei ihres Gatten ergriff. In schwerer depressiver Verstimmung und Ratlosigkeit sandte er einen aggressiven Abschiedsbrief an die Polizei, den wir im folgenden wiedergeben, weil er charakteristisch ist für den aggressiven Stimmungsgehalt: «An Polizeidirektion Basel. Mein Schwiegersohn hat mich durch elendigliche Behandlung direkt in den Tod getrieben. Ich sage allen meinen Kindern in derstraße ein Lebewohl. Es ist mir auf diese Weise nicht mehr möglich noch weiter zu leben; glauben Sie mir in meinem Alter von 60 Jahren ist mein Leben durch diese abscheuliche Behandlung nur noch eine Qual weiter zu leben. Hochachtungsvollst zeichnet . . .»

Der Patient versuchte darauf, sich an seinem Kleiderkasten mit einem Riemen, der aber riß, zu erhängen und versuchte daraufhin, aus dem Fenster zu springen, woran er aber gehindert werden konnte.

Abgesehen von einer gewissen, ihn von jeher kennzeichnenden Reizbarkeit, Stimmungs labilität und Schlafstörungen, die möglicherweise als Initialsymptome einer beginnenden zerebralen Arteriosklerose verstanden werden können, zeigte er keinerlei organische Störungen.

Alle übrigen 61 Fälle müssen als zwar mißlungene, aber eindeutig nach dem Tode hin intendierte Selbstmordversuche angesehen werden. Bezeichnend ist auch, daß die sonst der Vornahme des Selbstmordversuches folgende Affektabkühlung, das schnelle Zurückgehen der Depression, im Alter nicht eintritt und daß die Suicidgefahr meist unverändert bestehen bleibt. Die Gefahr eines Rezidivs auch unmittelbar nach dem Mißlingen eines ersten Versuches ist deshalb recht groß. 9 der 64 Patienten sind schließlich (gelegentlich erst nach mehreren Versuchen) doch noch durch Suicid gestorben und 9 weitere haben ihren Selbstmordversuch ein oder mehrere Male wiederholt, ohne daß der Ausgang allerdings tödlich geworden wäre. Bei Beachtung der Tatsache, daß wir von diesen 28% Rückfällen teilweise nur durch Zufall erfahren haben und daß wir aus Gründen, die wir schon erwähnt haben, keine systematische Katamnese durchführten sowie daß eine ganze Reihe von Patienten noch vor der Entlassung aus der klinischen oder ambulanten Behandlung an interkurrenten Krankheiten gestorben ist, erscheint die Rezidivhäufigkeit bei denjenigen Patienten, die überhaupt Gelegenheit dazu erhalten, als außerordentlich hoch. Es ist sicher nicht zu hoch gegriffen, wenn wir annehmen, daß im Alter mindestens 50% der Patienten versuchen, den Tod durch weitere Selbstmordversuche doch noch herbeizuführen.

Abgesehen von den wenigen Fällen, die wir den vorgetäuschten oder demonstrativen Selbstmordversuchen zurechnen müssen, verläuft das Suicid des alternden Menschen ohne viel äußeren Aufwand und ohne vorangegangene Drohungen, in kaum sichtbarer Erregung und ohne Affektsturm. Letzte Aufzeichnungen finden sich nur noch sehr selten, und wenn schon solche geschrieben werden, dann enthalten sie nur noch wenige Abschiedsworte.

Dem hohen Alter und der Schwäche der Patienten entsprechend sind die Versuche, das Leben zu beenden, oft ungeschickt. Man darf sich davon

nicht täuschen lassen und daraus etwa fälschlicherweise den Schluß ziehen, daß das Ganze nur als Demonstration gedacht gewesen sei. So wissen sich ältere Frauen, die kein Kochgas im Hause haben, oft nicht recht zu helfen. Der hilflose Versuch, an einer leicht zugänglichen Stelle einfach in den Strom hineinzuwaten, bis dieser sie mitreißt, ist bei ihnen nicht selten. Mehrere dieser Frauen konnten nur noch in bewußtlosem Zustande geborgen werden. An der Ernsthaftigkeit ihres Suicidversuches ist aber nicht zu zweifeln. Auch jene Greisin, die im Bürgerspital vom Fenster in die Tiefe springen wollte, aber infolge ihrer Gebrechlichkeit den Fenstersims nicht schnell genug ersteigen konnte und deshalb von Mitpatientinnen zurückgehalten werden konnte, hatte trotz der unbeholfenen Art ihres Vorgehens Suicidabsichten, die sie in einer für sie durchaus ernst gemeinten Art durchsetzen wollte.

Wir haben schon darauf hingewiesen, daß den aggressiven Triebkräften bei alternden Menschen weniger Bedeutung zukommt. Hin und wieder spielt der Mechanismus der Umwandlung von Fremd- in Autoaggression aber auch in unserem Material eine Rolle. Im folgenden sei ein Fall geschildert, bei dem sich der von *Ringel* geschilderte charakteristische Ablauf («Entscheidend ist der aus gelegentlich banalem Anlaß entstehende Ausbruch der gehemmten, angestauten aggressiven Tendenzen in Form der Aggression gegen das eigene Ich») leicht nachfühlen läßt:

Fall 3. 60jähriger Schlosser. Der einfache, ruhige Handwerker stammt aus einer mit verschiedenen Psychoseformen belasteten Familie. Während mehr als 30 Jahren arbeitete er an der gleichen Stelle, und auch seine Ehe soll während 35 Jahren recht glücklich verlaufen sein. Mit 59 Jahren zeigte der Patient den Beginn einer tieferliegenden Verstimmung, die mit besonderer Stimmungs labilität, leichter Depression, Schlafstörungen und hypochondrischen Befürchtungen einherging, bei der aber auch echte somatische Beschwerden beteiligt waren, die in Zusammenhang mit einer Herzkompensation standen. Wenige Monate vorher hatte er aus gesundheitlichen Gründen seine berufliche Tätigkeit, die ihm viel bedeutete, einstellen müssen. Der von jeher etwas schwernehmerische, übergewissenhafte, fleißige und solide Mann zeigte aber in der gleichen Zeit, in der sich diese Involutionsdepression entwickelte, eine heftige und zunehmende Aggressionstendenz gegenüber der mit ihm zusammen lebenden Schwiegertochter, die er von Zeit zu Zeit in heftigen Wutanfällen angriff, ohne daß er an ihr objektiv Wesentliches hätte bemängeln können. Nach einer solchen erregten Auseinandersetzung griff er seine Schwiegertochter tätlich an, wurde aber von anderen Familiengliedern zurückgehalten und getadelt, worauf er sich sofort auf den Abort begab und sich dort mit einem Messer tiefe Schnittwunden am Hals zufügte.

Hier scheinen die Involutionspsychose, aber auch die zurückgestaute Aggressivität und möglicherweise auch gewisse Schuldgefühle die Verwirklichung suicidalen Tendenzen gemeinsam verursacht zu haben.

Auffällig ist immer wieder, wie der Versuch der Selbsttötung im Alter ohne Rücksicht auf Schmerzen oder auf ästhetische Belange durchgeführt wird. Die Patienten stehen in der brutalen Konsequenz, mit der sie ihr Ziel verfolgen, schizophrenen Patienten sehr nah. Selbst Leute, die ihrer Bildung oder beruflichen Stellung nach Kenntnis über andere, «angenehmere» Suicidmöglichkeiten haben müßten, zeigen hier eine ausgesprochene Gleichgültig-

keit. Die Bedenkenlosigkeit, mit der besonders dann, wenn starke depressive Verstimmungen vorliegen, immer wieder versucht wird, das Suicid zu vollziehen, macht es auch bei Internierung gelegentlich unmöglich, neue Suicidversuche zu verhindern. So hat ein Patient, der wegen eines Suicidversuches mit Kochgas bewußtlos eingeliefert worden war, bei einer späteren Verstimmung noch innerhalb der psychiatrischen Klinik versucht, sich ins Herz zu stechen, und wenig später stürzte er sich, obwohl er begleitet war, über ein Treppengeländer in die Tiefe. Einem anderen gelang es, sich im Anstaltsgarten an einem Baum zu erhängen. Wie stark der Drang zur Beendigung des Daseins sein kann, zeigt der erschütternde Tod eines 74jährigen Mannes:

Fall 4. 74jähriger ehemaliger Beamter. Der Patient stammte aus einer kinderreichen Familie in ländlichen Verhältnissen und hat, seinen eigenen Angaben zufolge, eine glückliche Jugendzeit erlebt. Seine berufliche Ausbildung und ein wohlwollendes Geschick ließen ihn in seiner Tätigkeit viel Erfolg erleben. Neun Jahre vor dem Suicid wurde er pensioniert, doch waren seine Tage bis zuletzt durch eine rastlose fürsorgliche und gemeinnützige Tätigkeit ausgefüllt. Von den Kindern wurde er als ein ausgezeichnete Familienvater beschrieben, der sich mit großem Interesse für ihre Ausbildung eingesetzt habe. Er soll ein streng religiöser, aber gütiger und lieber Vater, dabei aber auch von heiterer und geselliger Natur gewesen sein.

Etwa einen Monat vor dem Suicid entwickelte er, bei dem sich noch nicht das kleinste Anzeichen psychoorganischer Veränderungen gemeldet hatte – lernte er doch noch mit Leichtigkeit die längsten Gedichte auswendig – eine depressiv gefärbte Verstimmung, die bald in eine schwere Melancholie mit Verschuldungsideen und verschiedenen hypochondrischen Vorstellungen überging. Nach der Internierung schien die ängstlich gefärbte Erregung vorerst nachzulassen.

Während eines kleinen Spazierganges in der nächsten Umgebung der Klinik und in Begleitung einer Pflegerin entledigte sich der Greis plötzlich seines Mantels, um sich in den kleinen Bachgraben, der dem Weg entlang lief, zu stürzen. Die Pflegerin hielt ihn sofort fest, doch stürzte er sich unvermittelt mit solcher Gewalt in den Graben, daß ihn die Krankenschwester nicht mehr halten konnte. Im kaum fußtiefen Wasser warf er sich auf den Bauch und preßte den Kopf in das Wasser. Vergebens versuchte die Schwester, den Patienten hochzureißen, und erst als Hilfe herbeieilte, gelang es, den schon Bewußtlosen aus dem Wasser zu bringen. Trotz sofortiger ärztlicher Hilfe und künstlicher Beatmung konnte er nicht mehr zum Leben erweckt werden.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß aber auch nicht-psychotische Patienten von höherem Alter ihre Selbstmordabsichten oft außerordentlich gut zu dissimulieren wissen. Man wird gerade daran beim Entscheid über eine Entlassung aus der Klinik denken müssen. Es wird wohl nie möglich sein, auch bei Internierung nicht, Patienten mit derart heftigen Suicidimpulsen immer vor der Verwirklichung des Selbstmordes zu bewahren, es sei denn, daß man Freiheit und Beweglichkeit in einer psychiatrischen Anstalt derart einschränken würde, daß der Aufenthalt dort jedem Patienten zur Qual werden müßte. *Staehelin* hat in seiner wegweisenden Arbeit über die «Freiheitliche Behandlung der Geisteskranken» die Grenzen aufgezeigt, die in der Psychiatrie der Verwendung von Sicherheitsmaßnahmen gesteckt werden müssen, wenn nicht die therapeutischen Bemühungen zum Scheitern verurteilt werden sollen.

Die präsuicidale Persönlichkeit

Die neuere Selbstmordforschung legt das Hauptgewicht ihrer Untersuchungsmethoden auf die Feststellung von Art und Weise der Person und ihrer Geschichte innerhalb der ihr eigenen Umwelt. Ganz besonders wird dabei verständlicherweise die Frühgeschichte des menschlichen Individuums, die Kindheit, betont, da in diesem Alter Einstellungen und Haltungen gegenüber dem Ich und gegenüber den Mitmenschen geformt werden. Unsere Arbeit kann sich aus praktischen Gründen mit dieser besonders wichtigen Frage nicht eingehender befassen, da ältere Patienten meist nur ein verniedlichtes und idealisiertes Bild ihrer Kindheit vermitteln können und sich auch sehr oft nicht einmal wichtig erscheinender Einzelheiten mehr erinnern können. Gerade die Erinnerung an jene die spätere Lebenshaltung so stark beeinflussenden Einstellungen zu Eltern und Geschwistern haben im Laufe eines langen Lebens derartige Verformungen in Richtung auf eine farblose und unverbindliche Vorstellung von der Kindheit erfahren, daß die uns zur Verfügung stehenden Angaben kaum genügen, um wirkliche Schlüsse daraus ziehen zu dürfen.

Aber auch die statistische Methode, die etwa die als die Entwicklung störend bekannten Faktoren wie frühzeitigen Verlust des einen oder beider Elternteile, zerrüttete Familienverhältnisse, neurotische Haltungen der Eltern untereinander und gegenüber den Kindern erfassen würde, versagt in unserem Falle, da auch hier die Angaben der Patienten spärlich und zudem eine Reihe von Krankengeschichten älteren Datums in dieser Beziehung wenig ergiebig sind. So müssen wir uns deshalb darauf beschränken, die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung von *Ringel* an zum größten Teil jüngeren Selbstmördern wiederzugeben. Bei der Schilderung einzelner unserer Fälle werden wir dagegen die Gelegenheit ergreifen, um auf uns bedeutungsvoll scheinende lebensgeschichtliche Momente dieser Art hinzuweisen.

Dem Fehlen von Geborgenheit und Zärtlichkeit infolge Verwaisung, unehelicher Geburt oder anderer oben angeführter Zustände in der Kindheit kommt ohne Zweifel große Bedeutung zu. «Man muß zuerst geliebt werden, um lieben zu können», schreibt *Ringel* mit Recht und zitiert dazu *Schultz-Hencke*: «Wer die Welt nicht zärtlich lieben kann, wer zu niemand diese besondere Nähe hat herstellen können, ist im Grunde lebensunfähig. Und wer dies im Grunde ist, lehnt auch irgendwann einmal das Leben vollbewußt ab.»

Wie weit eine solche Kindheitssituation sich in den von uns untersuchten Patienten auswirkte, ist außerordentlich schwer zu erfassen. Wenn wir auch bei vereinzelt Patienten, z. B. bei dem als Fall 2 beschriebenen, den Eindruck haben, daß ihn das Fehlen eines eigentlichen Elternhauses auch später nirgends recht hat Wurzeln schlagen lassen und deshalb die traumatisierende Situation eine alte Wunde eröffnet hat, so werden wir doch den Eindruck nicht los, daß der Selbstmord wie die meisten körperlichen und psychischen Erkrankungen im Alter seinen eigenen Gesetzen folge. Wir werden in dieser Meinung durch die Tatsache bestärkt, daß, abgesehen von der als Fall 1 beschriebenen Patientin mit vorgetäuschem Selbstmordversuch,

kein einziger unserer Fälle vor Erreichung des 60. Altersjahres einen Suicidversuch unternommen haben will. Dies hätte doch wohl bei dieser oder jener Gelegenheit im Laufe des langen Daseins einmal geschehen müssen, wenn der frühkindlichen Situation eine derart determinierende Funktion zugemessen werden müßte, wie dies *Ringel* – sicherlich mit Recht für das Gros seiner Patienten – annimmt. Diese gehören aber zum überwiegenden Teil einer anderen Altersschicht an. Diejenigen Patienten, die im Alter Selbstmord begehen, sind nach unserer Erfahrung nicht dieselben wie die von *Ringel* erfaßten. Unsere Patienten zeichnen sich gerade dadurch aus, daß sie ein hohes Alter erreichten, bis sie erstmals suicidale Impulse manifest werden ließen.

Wenn wir auch die Frage, ob den von *Ringel* angegebenen traumatisierenden Umständen zur Zeit der frühesten Kindheit für den Altersselbstmord eine größere Bedeutung zukommt, offen lassen müssen, so haben wir doch zuzugeben, daß sich in unserem Material in gehäufter Maße Patienten finden, die von jeher durch gewisse, ebenfalls auf die frühe Kindheit zurückgehende Charakteranomalien auffielen. Nicht nur bei den Melancholikern, sondern auch bei anderen unserer Patienten finden sich nämlich zahlreiche «anale» Wesenszüge. Die Ambivalenz, die diese Patienten ihren Objekten mit betonter Aggressivität einerseits und kompensierender Überbesorgtheit anderseits entgegengebracht haben, wenden sie auch auf sich selbst an. Das dominierende Über-Ich, die Folge einer überfordernden und rigiden Erziehung, führt zu einer pedantischen und minutiös geregelten Lebensführung. Erst unter dem Einfluß von Involution und möglicherweise auch des beginnenden organischen Abbaues sowie auch der durch die Altersveränderungen erfolgenden scheinbaren Bestätigung alter hypochondrischer Ängste wird im Alter der erworbene Charakterpanzer wieder durchbrochen, und die stark mit Affekt besetzten früheren Haltungen können sich wieder in ihrer ganzen Intensität manifestieren.

Statistisch verwertbare Angaben lassen sich aber kaum geben, doch glauben wir bei verschiedenen unserer Patienten diese Merkmale in mehr oder weniger starker Ausprägung gesehen zu haben. Dies erstaunt keineswegs, da ja Patienten, die in betontem Maße solche Charakterzüge aufweisen, zu depressiver Verarbeitung ihrer Konflikte neigen. Über einen uns charakteristisch erscheinenden Fall sei kurz zusammenfassend berichtet:

Fall 5. 62jähriger Beamter in untergeordneter Stellung. Über sein Herkommen war nur wenig zu erfahren, von seinen Geschwistern wissen wir aber, daß sie in mancher Beziehung unangenehme Leute sind, bei denen übrigens allgemein eine frühzeitig auftretende Arteriosklerose festzustellen war. Der äußerlich höfliche, kultivierte und tadellose Gentleman erwies sich in seiner Familie und bei näherer Bekanntschaft aber als extrem pedantischer, nörglerischer und geiziger Stuhlhypochonder, der neben diesen «anal» Charaktereigenschaften seiner Familie gegenüber aber auch eine heftige, ja brutale Aggressivität entwickelte. Zum Selbstmordversuch mit Kochgas kam es, abgesehen von einer in der letzten Zeit zunehmenden Erregbarkeit (ohne daß sich aber schon eigentliche psychoorganische Defekte hätten nachweisen lassen), im Zusammenhang mit finanziellen Schwierigkeiten. Trotzdem ein eindeutiger Abschiedsbrief gefunden werden konnte, bestritt der Patient die Suicidabsicht.

Bei Durchsicht der Lebensgeschichten unserer Patienten gewinnt man den Eindruck, daß die meisten zur Zeit ihrer Blüte ihren Lebensaufgaben durchaus gewachsen gewesen sind. Wie sich im Abschnitt über die zum Suicidversuch führenden äußeren Lebensumstände zeigen wird, haben die allermeisten unserer Patienten eine Familie gegründet und auch Kinder groß gezogen; die Zahl der Ehescheidungen ist eher geringer als bei den gleich alten Kantonseinwohnern ohne Selbstmordversuch, und die berufliche Laufbahn der männlichen Patienten weist darauf hin, daß neurotische Widerstände die Karriere nur wenig behindert haben. Alle lebensgeschichtlichen Anzeichen von neurotischen oder psychopathischen Haltungen fehlen also beim Gros unserer Patienten. Selbstverständlich finden sich auch Ausnahmen, und wir sind uns auch durchaus der Schwierigkeit bewußt, retrospektiv die Anzeichen abnormer Verhaltensmodi zu erfassen. Immerhin müßten doch da und dort Brückensymptome nachweisbar sein, die als Hinweis dienen könnten. Jede geriatrische Untersuchung ist leider mit dieser Hypothek, daß die Vorgeschichte der Patienten nur in Bruchstücken erfaßt und nie ganz objektiviert werden kann, belastet.

Die konstitutionellen Abwegigkeiten der intellektuellen und emotionalen Anlage, die Formen des Schwachsinn und der psychopathischen Persönlichkeiten spielen im Alter eine eher untergeordnete Rolle. Man würde zwar erwarten, daß gerade diese Gruppe der abnorm Verstimmbaren, sozial schlecht Angepaßten, übermäßig Reizbaren oder auch abnorm Empfindsamen suicidalen Tendenzen besonders leicht erliege. Gerade hier, wo die Konfliktmöglichkeiten mit der Umwelt so unendlich viel größer sind, wo umgekehrt die Verarbeitungsmöglichkeiten beschränkter sind, gerade hier tritt das Ereignis des Suicids, im Alter zumindest, keineswegs besonders häufig ein. Im jüngeren und mittleren Lebensalter sind es dagegen nachgewiesenermaßen gerade die schwachsinnigen und psychopathischen Persönlichkeiten, die eine ganz besondere Suicidneigung zeigen.

Unter den 64 Patienten können nur 5 mit Sicherheit als psychopathische Persönlichkeiten angesprochen werden. Die Diagnose wurde allerdings nur dort verwendet, wo sich über das ganze Dasein des Patienten hin verstreute psychopathische Verhaltensweisen erheben ließen. Es ist zu vermuten, daß diese geringe Zahl, die doch zur übrigen Selbstmordliteratur, die eine ganz erhebliche Beteiligung von Psychopathen am Selbstmord beschreibt, in einem deutlichen Widerspruch steht, ein Artefakt ist. Am einfachsten würde man sich die Erklärung machen, wenn man annähme, daß der statistische «Fehler der kleinen Zahl» die Störung verursache. Wahrscheinlicher ist aber doch, daß der echte Psychopath, wie auch der Neurotiker und der Debile, mit zunehmendem Alter als solcher weniger auffällt. Bei der Durchsicht von mehreren hundert Krankengeschichten von Arteriosklerotikern war kaum je eine der erwähnten Diagnosen zu finden. Die Krankheitsbilder der organischen Psychosen sind derart eindrücklich und sich aufdrängend, die ursprüngliche Persönlichkeit so stark zudeckend, daß selbst schwere Psychopathien und Debilität nicht mehr als solche erkannt werden. Dazu mag kommen, was ja auch immer wieder bei

der «Verbürgerlichung» recht antisozialer Persönlichkeiten gesehen wird, daß mit dem Klimakterium der Wegfall der bewegenden und erregenden Triebkräfte die abnormen Verhaltensweisen abebben läßt und daß aus diesem Grunde die ja oft nur quantitativ abwegige Reaktion der Psychopathen nicht mehr sichtbar ist.

Alle 5 Psychopathen unserer Untersuchung gehören den Temperamentspsychopathen an und sind den hyperthym-hypomanischen, auch zykliden Formen zuzuzählen. Depressive Psychopathen finden sich nicht darunter, auch nicht schizoide (wie denn hervorzuheben ist, daß in unserer Arbeit weder ein schizophrener noch auch nur ein schizoider Patient zu finden ist, eine Einzelheit, die später noch besprochen werden soll). Daß gerade Psychopathen vom hyperthymentypus im Alter suizidgefährdet sind, mag abgesehen von dem besonders leichten Umschlagen der Stimmung nach der depressiven Seite hin, doch auch gerade mit jenem hyperthymentypus zusammenhängen, der die Patienten in tausend Schwierigkeiten bringt, die sie zwar früher zu bewältigen vermochten, denen sie aber von einer gewissen Altersinvolution an nicht mehr gewachsen sind. Es ist denn auch durchaus charakteristisch, daß der Großteil unserer hyperthymentypischen Patienten wegen derartiger Schwierigkeiten zum Selbstmordversuch gekommen sind; so wegen voreilig und ungünstig abgeschlossenen geschäftlichen oder familiären Verpflichtungen und zwei dabei beteiligte Frauen übrigens wegen Schwierigkeiten mit Nachbarn, die ihnen aus ihrer allzugroßen und unbeschwerten Geschwätzigkeit entstanden sind.

Fall 6. 62jähriger Handwerksmeister. Der Patient ist Sohn eines leichtsinnigen Vaters und einer sektiererischen Mutter. Jahrzehnte seines Lebens verbrachte er auf der Wanderschaft, zeugte zahlreiche, zum Teil voreheliche und außereheliche, aber auch eheliche Kinder, unterhielt mehrere «wilde Ehen» neben der rechtmäßigen, gab einen guten Teil seines Geldes aus für Erfindungen, die er nie weiter verfolgte, und steckte seiner zahlreichen Unternehmungen wegen ständig in Schulden. Von jeher betriebsam, ein guter Gesellschafter und Spaßmacher, beliebt und umschwärmt, hatte er verschiedene Steckenpferde und war dabei aber ein außergewöhnlich fleißiger und tüchtiger Berufsmann. Er ging eine höchst unvorteilhafte Ehe ein und gründete nach seinem Zuzug nach Basel ein eigenes Geschäft, das er zu einer gewissen Blüte brachte. In einem unbedachten Augenblick verkaufte er es dann aber an seinen Schwiegersohn, der ihn bald darauf loszuwerden suchte. Er verlor schließlich auch seine Wohnung und beging dann in kurzer Zeit eine Reihe durchaus ernsthaft gemeinter Selbstmordversuche (indem er sich mit einer Schere mehrmals in den Hals stieß, sich unter Straßenfahrzeuge zu werfen versuchte usw.). Kaum war er in der psychiatrischen Klinik, schmiedete er schon wieder eine ganze Reihe neuer Zukunftspläne, ohne allerdings ernsthaft an deren Verwirklichung zu gehen. Er zeigte anfänglich eine große Bereitschaft, von dieser schon wieder hypomanischen Stimmung, in der er wenige Tage nach dem Suizidversuch die Patienten seiner Abteilung mit seinen auf der Laute begleiteten Wiener Liedern zu erheitern verstand, in depressive Zustände zurückzusinken.

Beurteilung: Zyklid-stimmungslabiler Psychopath, bei dem allerdings die hyperthyme Komponente deutlich überwiegt und der unter dem Einfluß äußerer Schwierigkeiten, denen er infolge der Involution nicht mehr gewachsen ist, Suizidversuche begeht, die später wiederholt werden und zu neuen Internierungen führen.

Der Anteil der Psychosen am Altersselbstmord

Der Selbstmord entsteht im Alter im allgemeinen nur dort, wo ein in der Psyche des Patienten liegendes Ungenügen (sei es affektiv bei einer endogenen Psychose oder intellektuell oder emotionell bei einem organischen Defekt) auf eine exogene Konfliktsituation stößt, die nicht mehr bewältigt werden kann. Auf diese einfache Formel gebracht, die natürlich wesentliche andere Momente vernachlässigt, läßt sich aber die Unterscheidung zwischen psychotischem und exogenem Suicid, die gerade im Alter wegen Fragen der Prognose von Bedeutung ist, eher durchführen. Es versteht sich, daß bei einem z. B. arteriosklerotisch schwer Geschädigten die Konfliktsituation objektiv gesehen gar nicht besonders belastend zu sein braucht und daß umgekehrt ein vitale Interessen treffender exogener Reiz schon bei kaum nachweisbaren psychotischen Veränderungen eine Suicidreaktion auslösen kann. Wir haben nur diejenigen psychotischen Veränderungen den Psychosen zugezählt, bei denen der Erkrankung für die Entstehung des Selbstmordversuches eine dominante Rolle zugefallen ist und bei der auch irgendwelche andere exogene Momente das Suicid hätten auslösen können.

Unter Berücksichtigung dieser Regel haben wir in unserem Material folgende Psychosen gezählt:

endogene Depressionen	4
Involutionspsychosen	9
Hirnarteriosklerosen	9
senil-arteriosklerotische Demenzen	7
senile Demenzen	5
zusammen	34

Bei mehr als der Hälfte unserer 64 untersuchten Patienten fanden sich also voll ausgeprägte psychotische Erkrankungen. Aber auch bei den übrigen Patienten zeigten sich die ersten Anzeichen dieser oder jener psychopathologischen Altersveränderung. Recht häufig kommt es auch vor, daß mehrere Erkrankungen des Greisenalters gleichzeitig in mehr oder weniger starker Ausbildung vorhanden waren. Die Abgrenzung der Krankheitsbilder voneinander ist, da alle Übergangsformen zu sehen sind, besonders schwierig.

Die Psychose ist aber nur eine der Bedingungen des Selbstmordes. Unter der großen Zahl der Alterspsychotiker begehen ja nur relativ wenige Patienten einen Selbsttötungsversuch. Den auslösenden mitweltlichen Faktoren kommt deshalb eine ganz besondere Bedeutung zu, und ihre Betrachtung verdient ein erhöhtes Interesse, weil gerade hier im Alter, wo der medizinischen Behandlung der Psychosen doch gewisse Grenzen gesetzt sind, vorbeugende Maßnahmen einen bescheidenen Erfolg versprechen. Unter der Überschrift «Die Bedeutung äußerer Lebensumstände» werden wir uns mit dieser aber schon hier bedeutungsvollen Frage gesondert beschäftigen.

Die Angaben der Literatur über die Bedeutung der Psychosen für das Zustandekommen suicidalen Handlungen schwanken zwischen Extremwerten von 3 und 66%. Die verschiedenen Landesgegenden, die Art der

Untersuchung und vor allem die vom Standort des Autors abhängige Weite des Psychosenbegriffes erklären diese auseinanderstrebenden Zahlen zur Genüge. *Gruhle*, der sich eingehend mit dem Problem der Selbstmorde befaßt hat, schätzt den Anteil der Psychotiker auf 10–20%, und *Schwarz*, der die zürcherischen Verhältnisse bearbeitet hat, ermittelte die gleichen Werte. Über die Häufigkeit der Psychosen bei Selbstmorden der älteren Bevölkerungsschichten liegen keinerlei Angaben in der Literatur vor.

1. Schizophrenie

Der Anteil der Schizophrenen an den infolge Suicids Verstorbenen ist im allgemeinen recht groß. 12% hat *Jantz* festgestellt und 7% *Ringel* bei Selbstmordversuchen. Unter den 46 schizophrenen Patienten *Ringels* waren aber nur 3 über 60 Jahre alt. In unserer eigenen Untersuchung findet sich kein einziger schizophrener Patient. Beim alt gewordenen Schizophrenen ist die Suicidgefahr offenbar nicht mehr groß. Der Beginn der Erkrankung ist die Zeit der Gefährdung. Häufig sind es jugendliche Individuen, die im Beginn des schizophrenen Leidens Stimmungen absolutester Vereinamung, völliger Weltentfremdung und gänzlicher Unverstandtheit erleben und deshalb das Leben beenden (*Gruhle*).

Der über 60jährige Schizophrene ist mit seinem Anderssein bereits weitgehend vertraut. Wirksam in der Richtung eines suicidalen Impulses ist aber immer das Erleben einer Veränderung, hier derjenigen des Bewußtseins und des Ichgefühls, die Störung von Denken und Fühlen und vor allem der Antriebe. Verwirklicht werden die suicidalen Impulse der Schizophrenen aber doch in jenem Lebensabschnitt, da starke Triebkräfte, vorwiegend natürlich der sexuellen Sphäre, dem wahnhaften Erleben eine starke Durchschlagskraft verleihen. Da in unserer Stadt in den beiden letzten Jahrzehnten kein einziger älterer Schizophrener Hand an sich legte, können wir nur vermuten, daß der Selbstmord in den Spätstadien dieser Krankheit selten sein dürfte. Auch die von *Ringel* in der Bearbeitung des Wiener Materials festgestellten 3 alten Schizophrenen können wohl nur bedingt der Gruppe der Schizophrenen zugerechnet werden, da es sich ausnahmslos um Paranoiker handelte.

2. Epilepsie

Der Selbstmord kommt selbst bei jungen Epileptikern relativ selten vor. Angetroffen wird er gelegentlich einmal in Dämmerzuständen oder dann infolge von Schwierigkeiten mit der Umwelt, die wegen der epileptischen Wesensveränderung vom Patienten nicht mehr adäquat gelöst werden können. In unserem Krankengut findet sich keine Epilepsie.

3. Endogene Depression

In ihr besteht immer eine mehr oder weniger ausgeprägte Selbstmordgefahr. Die in beinahe allen Fällen anzutreffenden Selbstvorwürfe werden gerne nach dem von *Kauders* vorgezeichneten Weg weiter entwickelt: Selbst-

vorwürfe – Selbstanklagen – Selbstbestrafung – Selbstmord. Zwar haben sich die Inhalte der Versündigungsideen im Laufe der letzten Jahrzehnte infolge von religiösen und weltanschaulichen Umschichtungen stark gewandelt (*A. von Orelli*), doch spielt der Schuldbegriff, wenn auch mit neuen Inhalten, für das Entstehen suicidalen Tendenzen nach wie vor eine überragende Rolle.

Die bei den Melancholikern regelmäßig sichtbare Rückstauung einer starken Aggressionstendenz begünstigt überdies die beim Zustandekommen suicidalen Impulse besonders wichtige Wandlung von Fremdaggression in Autoaggression, und die narzistische Einengung, die ja besonders in der hypochondrischen Beschäftigung mit sich selbst ihren Ausdruck findet und den Patienten teilnahmslos für alle Geschehnisse der Umgebung werden läßt, führt zu der trostlosen Vereinsamung, die sich, wenn schon Selbstmordideen vorliegen, katastrophal auswirkt.

Entgegen dem Fehlen von Schizophrenie und Epilepsie finden sich die verschiedenen Formen der endogenen Depressionen auch in unserem Altersmaterial. Die Abgrenzung gegenüber den involutionsbedingten Psychosen fällt nicht leicht, besonders auch darum, weil kein einziger der depressiven Patienten vor der Erreichung des 60. Altersjahres wegen einer depressiven Verstimmung hat interniert werden müssen.

Unter dem Begriff der periodischen Depression haben wir diejenigen Fälle zusammengefaßt, die durch mehrere depressive Phasen in verschiedenen Lebensabschnitten (wobei nicht unbedingt eine Periodizität nachweisbar sein muß) eine besondere endogene Verstimmbarkeit nach der depressiven Seite hin aufweisen. Daß diese depressiv gefärbten Krankheitsschübe nicht rein endogen, sondern zum Teil auch durch außerhalb der Persönlichkeit des Depressiven liegende exogene Faktoren mitbestimmt sein mögen, wird nicht bestritten. Alle jene aber, die in hohem Alter zum erstenmal und für sie und ihre Angehörigen unerwartet, eine melancholische Verstimmung aufweisen, haben wir unter die Involutionsdepressionen eingereiht, sofern nicht eindeutige arteriosklerotische oder senile Erscheinungen die Einreihung an diesen Orten erforderten.

Von all jenen Patienten, die wegen Suicidgefahr bei endogener Depression im mittleren Lebensalter häufig wiederholt interniert werden müssen, hat kein einziger nach Zurücklegung des 60. Altersjahres durch einen Suicidversuch Anlaß dazu gegeben, ihn in die vorliegende Arbeit aufzunehmen. Es fragt sich, ob die wirklich suicidalen Depressiven das 60. Altersjahr gar nicht mehr erreichen oder ob die Erkrankung in diesem Alter bereits an Intensität und damit auch an Gefährlichkeit eingebüßt hat. Bei unseren 4 – es sind nicht mehr – Depressiven spielen zudem die äußeren Lebensumstände eine wichtige Rolle. Die Tatsache, daß keiner dieser Patienten trotz angeblicher früherer depressiver Verstimmungen je einen Selbstmordversuch unternommen hatte und die Depressionen auch keine spezialärztliche Behandlung erfordert hatten, weist darauf hin, daß die Verstärkung der depressiven Verstimmbarkeit im Alter wohl zum Teil durch involutive

Veränderungen und zum Teil, wie wir sehen werden, auch durch tiefgreifende körperliche Erkrankungen zustande gekommen ist.

Die geringe Zahl endogener Depressionen deckt sich im übrigen aber auch mit den Untersuchungen von *Kinkelin*, aus denen hervorgeht, daß endogene Depressionen im Einzugsgebiet der Psychiatrischen Klinik Basel eher selten sind. Daß *Kinkelin* feststellen konnte, daß es vor allem die älteren, manisch-depressiven Patienten sind, die Selbstmord begehen, ist kein Widerspruch zu unseren eigenen Ergebnissen, da in der Kinkelinschen Untersuchung auch die Involutionsdepressionen den manisch-depressiven Psychosen zugerechnet werden.

Fall 7. 67jährige Frau, verheiratet mit einem seit Jahren an Lungensilikose erkrankten und hinfälligen Handwerker. Die Patientin ist unehelich geboren und hat ihre Kindheit bei den verschiedensten Verwandten im Turnus zubringen müssen. Nach einer einfachen Schulbildung arbeitete sie bis zu ihrer Verheiratung mit 29 Jahren als Verkäuferin. Ihr Gatte von ausländischer Herkunft war kurz danach wegen der Kriegsergebnisse lange Jahre abwesend, doch sei die Ehe nach der Wiederaufnahme des Zusammenlebens glücklich verlaufen. Die lustige, fröhliche und tüchtige Frau führte die Familie in jeder Beziehung; ihr weicher, willfähriger Mann habe sich ihr nicht ungern gefügt. Der Ehe erwuchsen 2 intelligente und gesunde Töchter.

Mit 42 Jahren machte die Patientin einen beinahe ein Jahr dauernden Depressionszustand durch. Sie hatte damals zahlreiche, angeblich offensichtlich hypochondrische Beschwerden und sprach auch von Selbstmord, ohne daß sie allerdings je Vorbereitungen zu einem solchen getroffen hätte. In der Folge hatte sie, selbst als die Depression schon längst wieder ihrem fröhlichen Wesen Platz gemacht hatte, noch lange Jahre an chronischen Verdauungsbeschwerden (häufige Entleerungen von wäßrigen Stühlen) gelitten.

67jährig zeigt die Patientin, nachdem sie sich in der Zwischenzeit zum etwas mißtrauischen Menschen entwickelt hatte, im Anschluß an eine Nierensteinkolik eine neue depressive Phase. Sie äußerte zahlreiche hypochondrische Befürchtungen in bezug auf ihren Magen-Darm-Trakt, sprach auch von Selbstmord, der sich ihr «vom Magen her» aufdränge. Sie wurde in einer Privatklinik mit Insulin und einzelnen Elektroschocks so weit gebessert, daß sie auf Wunsch der Angehörigen nach Hause entlassen werden konnte. Wenig später wurde sie wegen Suizidalität in die Friedmatt eingewiesen, konnte aber auch von hier nach auffälliger Besserung des Zustandes und auf inständiges Drängen der Angehörigen nach Hause entlassen werden. Später erklärte die Patientin, daß sie noch im Augenblicke der Entlassung starke suizidale Neigungen verspürt habe, doch sei es ihr gelungen, diese zu verbergen.

Wenige Tage später wurde sie als Notfall der Klinik schon wieder zugeführt, da sie sich am hellen Tage in den Rhein gestürzt hatte. Die Patientin war in schlechtem Allgemeinzustande (ohne Zusammenhang mit dem Versuch des Ertrinkens) und starb bald darauf an einer schweren Zystopyelonephritis mit urämischen Erscheinungen, die durch eine Thrombose der linksseitigen A. cerebri media und eine fulminante Lungenembolie kompliziert wurden. (Autopsie durch die Pathologisch-anatomische Anstalt der Universität Basel, Prof. A. Werthemann.)

Man darf wohl annehmen, daß dieser zweite schwere depressive Schub der 67-jährigen Frau durch die Zystopyelonephritis, die sich ja schon im Krankheitsbeginn mit einer Steinkolik angezeigt hatte, ausgelöst worden ist.

Fall 8. 69jährige Gattin eines Handwerkers. Schon mit 27 Jahren hatte sie anschließend an die Verlobung einer Schwester eine 4–5 Monate dauernde Zeit der Verzweiflung durchgemacht und sei ohne jeden Lebensmut gewesen, doch habe man die Frage einer Internierung nie erwogen. Mit 61 Jahren kam es, im Zusammenhang mit

dem Auszug aus einer vier Jahrzehnte lang von ihr bewohnten Wohnung, zu einem Zustand der Hemmung während eines ganzen Jahres, mit vielen Selbstvorwürfen, mutistischer Haltung, Schlafstörung und Verdauungsbeschwerden. Zwar habe sie keine Suicidgedanken geäußert, doch habe sie etwas Ängstliches und Verschlussenes in ihrem Ausdruck gehabt.

Mit 69 Jahren, während der Ehemann einer Spitalbehandlung unterzogen werden mußte, zeigten sich bei der Patientin zum erstenmal wieder neue depressive Ängste. Sie machte sich übertriebene Sorgen in bezug auf den Zustand des Mannes, schlief auch wieder schlecht, verlor allen Lebensmut und befaßte sich auch mehrmals mit dem Gedanken, ihr Leben zu beendigen. Am Vormittag seien diese Zustände besonders beängstigend gewesen. In einem derartigen Angstzustand lief sie früh morgens einfach aus dem Haus, um in den Rhein hineinzugehen, wo sie, des Schwimmens nicht kundig, bald von der Strömung ergriffen wurde.

In den folgenden Jahren mußte die Patientin noch zweimal wegen neuer depressiver Schübe interniert werden, ohne daß diesmal Suicidabsichten manifest geworden wären. Mit 74 Jahren war die ursprünglich klassisch endogene Depression in eine vorwiegend involutiv gefärbte und von zahlreichen paranoiden Gedankengängen durchsetzte Psychose übergegangen, deren letzter Schub mit der Dekompensation eines Herzmuskelschadens bei Hypertonie zusammengefallen war.

Von ganz besonderer Bedeutung scheint bei den endogenen Depressionen das charakteristische tageszeitliche Schwanken in der Intensität, mit der die Krankheit vom Patienten erlebt wird, zu sein. Alle 4 Patienten dieser Gruppe haben ihren Selbstmordversuch im Verlaufe des frühen Vormittages unternommen, und zwar ohne Ausnahme zwischen 8 und 10 Uhr morgens. Die Angst, und diese scheint ja weitgehend die Suicidalität dieser Fälle zu bestimmen, ist in den Morgenstunden unerträglich. Die Periodizität wurde uns von einem Patienten besonders anschaulich geschildert:

«Zeitweise habe ich keinen Appetit, dann wieder ganz gewaltig. Am Morgen kann ich keinen Kaffee trinken, am Abend kann ich einpacken, weiß wie. Am Morgen glaube ich immer, daß alles noch viel schlimmer werden wird, am Abend aber habe ich Luftsprungideen.»

4. Involutionspsychosen

Die Abgrenzung der Involutionspsychosen von endogen bedingten depressiven Zuständen, von Veränderungen in der Initialphase arteriosklerotischer oder seniler Abbauvorgänge und von abnormen psychischen Reaktionen sonst als psychisch gesund erscheinender Patienten von höherem Lebensalter ist oft schwierig und gelegentlich unmöglich. Nur zu oft zeigt erst der weitere Verlauf, ob sich die Erkrankung in Richtung einer organischen Demenz entwickelt oder ob sich die Psychose nach einiger Zeit in ein normales Altern hinein verliert. Über die Unterscheidung von den periodischen Depressionen haben wir uns bereits bei den endogenen Depressionen ausgesprochen.

Die leichteste Form involutionsbedingter Syndrome ist bei den somatischen und psychischen Erscheinungen des Klimakteriums zu sehen, ohne daß bereits von einer Psychose gesprochen würde. Dies trifft allerdings mehr für das männliche Klimakterium zu, dessen Beginn stark schwankt und das nicht selten überhaupt unbemerkt vorübergehen kann. Da die eigentlichen Psychosen des Rückbildungsalters in einem gewissen Sinne

doch eine Steigerung und Weiterung – wobei allerdings noch wesentlich neue Momente dazukommen – des klimakterischen Syndroms darstellen, seien die typischen Beschwerden, trotzdem sie ihrer besonderen Häufigkeit wegen auch dem Nichtspezialisten gut bekannt sind, nochmals kurz dargestellt.

Hawkinson hat das klimakterische Syndrom der Frau nach der Häufigkeit der einzelnen Symptome wie folgt beschrieben: «Nervosität» (subjektiv), Menstruationsstörungen, Hitze- und Kältesensationen, erhöhte Reizbarkeit, Ermüdbarkeit und Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, wechselnde Tachykardien und Dyspnoe, Schwindelerscheinungen, vorübergehende Gedächtnisstörungen, Konzentrationsunfähigkeit, Kopfschmerzen, unklare Schmerzen, übermäßiges Schwitzen, Parästhesien usw. Die Beschwerden werden teilweise auf den mit der Rückbildung der ovariellen Funktion entstehenden Ausfall an östrogenen Hormonen zurückgeführt, teilweise aber auch auf ein Überangebot des (follikelstimulierenden) gonadotropen Hypophysenvorderlappenhormons, das im Urin vermehrt gefunden wird. Zum Teil sind die Symptome allerdings auch mit einer ungenügenden und «neurotischen» Verarbeitung mancher mit dem Klimakterium verbundener Einbußen an Lebenswerten verbunden.

Das Klimakterium des Mannes erscheint weniger ausgeprägt als nosologische Einheit. Vasomotorische Störungen, Gefühlslabilität mit Neigung zu plötzlich auftretenden, nicht kontrollierbaren Stimmungsumschwüngen, Tendenz zu Tränen, Zeichen der Reizbarkeit und Ärgerlichkeit, vor allem aber auch eine erhöhte Ermüdbarkeit und allgemeine Apathie sind die häufigsten Klagen der Patienten. *Werner* hat festgestellt, daß rund die Hälfte derjenigen Männer, die dieses Syndrom zeigten, später eine Involutionspsychose im engeren Sinne des Wortes entwickelten. So muß die Frage offen bleiben, ob es sich beim ausgeprägten männlichen Klimakterium bereits um die Prodrome der Psychose handelt oder ob die klimakterischen Symptome ein selbständiges Krankheitsbild darstellen. Die Übergänge zu den eigentlichen Psychosen sind auf jeden Fall verwischt. Häufig wird das klimakterische Syndrom durch eine gewisse Einengung der Interessen (darin bereits den Rückzug in die Psychose ankündigend), durch hypochondrische Vorstellungen und ausgesprochene Unverträglichkeit innerhalb der Familie kompliziert.

Die einzelnen Krankheitsbilder weichen stark voneinander ab, so daß es verständlich erscheint, daß in Fachkreisen noch keinerlei Einigkeit über ihre Zuordnung besteht. Das Erscheinungsbild zeigt häufig eine derartige Ähnlichkeit, ja Identität mit den endogenen Depressionen, daß ihre Zurechnung zum manisch-depressiven Irresein nicht erstaunt. Andererseits wird die depressive Psychose so oft von paranoiden und halluzinatorischen Erlebnissen durchsetzt, daß *Kraepelin* sie in Beziehung zum schizophrenen Formenkreis brachte.

Für die Entstehung der starken suicidalen Impulse, die die Involutionspsychose begleiten können, muß meist die Angst, die wie bei der endogenen Depression zum Teil auf der Bremsung starker aggressiver Regungen beruhen mag, verantwortlich gemacht werden. Aber auch die innere Angetrieben-

heit und Unruhe und die gleichzeitig damit auftretende Schlaflosigkeit können letzten Endes eine Selbsttötung herbeiführen. Zudem sind es auch hier wieder die Selbstbeschuldigungen, die zur Selbstvernichtung führen können. Gelegentlich können sie auch durch wahnhafte Erlebnisse verstärkt werden. Solche paranoide Reaktionen oder Dauerhaltungen finden sich auch bei Personen, die vor dem Ausbruch der Psychose keinerlei Tendenz zu ähnlichen Erlebnisverarbeitungen gezeigt haben. Ihre Bedeutung für die Suicidalität im Alter dürfte allerdings gering sein.

Man kann sich bei Betrachtung unserer Fälle des Eindrucks nicht erwehren, daß die Psychose, die sich oft schon monate-, ja jahrelang vorher anzukündigen pflegt, durch exogene Erlebnisse oder, und dies scheint uns vor allem wichtig, durch körperliche Erkrankungen ausgelöst wird. So sind uns einige Fälle bekannt, in denen über lange Zeit ein labiler Gleichgewichtszustand zwischen den Anforderungen des Lebens und diskreten psychotischen Symptomen bestand, der unter dem Einfluß eines Infektes, eines operativen Eingriffes oder auch belastender Erlebnisse über Nacht gewissermaßen in eine akute Psychose mit oft heftigen suicidalen Impulsen umgeschlagen hat. In solchen Augenblicken besteht eine besonders hohe Suicidgefahr. Zwei Beispiele sollen diesen charakteristischen Verlauf illustrieren:

Fall 9. 73jähriger ausländischer Industrieller. Der hereditär nicht erwähnenswert belastete, von jeher lebhaft, vielseitig interessierte, unternehmungslustige, aber auch durch gewisse zwangsneurotische Züge charakterisierte, von einem wechselnden Lebensschicksal, dem er sich gut anzupassen verstand, nicht immer begünstigte Patient, hatte seine Gattin früh verloren. Während seines ganzen Lebens zeigte er eine gewisse Neigung zu hypochondrischen Vorstellungen und machte mit seiner Syphilophobie sich und der Umgebung gelegentlich große Schwierigkeiten. Diese wurden aber erst stärker, nachdem der zweite Weltkrieg seine Fabrikationsbetriebe und sein ganzes Tätigkeitsfeld vernichtet hatte. Nach einer am 69jährigen Patienten vorgenommenen Prostataktomie stellte sich ein längere Zeit dauernder depressiver Verstimmungszustand ein, in dem zahlreiche neue hypochondrische Befürchtungen Platz griffen und vor allem die früheren syphilophobischen Ängste, die nun stärker mit Affekt besetzt waren, in den Vordergrund traten. Der Patient konnte aber in diesem Zustand noch recht gut mancherlei Beschäftigung nachgehen und verschiedene Zukunftspläne verfolgen, was anzudeuten scheint, daß die depressive Verstimmung nicht sehr tief ging.

Erst unmittelbar nach einer komplikationslos verlaufenen Operation wegen Uretersteinen entwickelte sich im Laufe einiger Tage ein bedrohliches depressives Zustandsbild mit schweren Versündungsideen, starker Angst und Antriebshemmung. Noch im Spital unternahm der Patient, der vorher nie Suicidgedanken gehabt haben will, einen Selbstmordversuch, indem er sich zahlreiche, um den ganzen Hals reichende tiefe Schnitte mit einem Messer zufügte.

Bei der Aufnahme in die Psychiatrische Klinik war der Patient stark exsikiert, was wohl mehr der auf die Ureterotomie folgenden Flüssigkeitsbeschränkung zuzuschreiben ist als dem Blutverlust infolge des Suicidversuches. Schon nach wenigen Plasmainfusionen zeigte sich eine deutliche Aufhellung der schweren Depression, die vorher extreme Einengung auf ich-betonte Denkinhalte, insbesondere hypochondrische Gedankengänge als Hauptsymptome hatte erkennen lassen. Suicidideen traten in der Folge nicht mehr auf, trotzdem die Depression noch über lange Monate hinweg weiter bestand. Zudem wurde im weiteren Verlauf eine arteriosklerotische Komponente im Krankheitsbild des Patienten immer deutlicher.

Fall 10. 64jähriger Akademiker. Der Patient stammt aus einer Familie, in der eine gewisse Neigung zu depressiven Verstimmungen nachgewiesen ist. Er selbst war von jeher ein psycholabiler Intellektueller. Mit 62 Jahren zeigte er die Prodrome einer Involutionsdepression (ständig zunehmende Schlaflosigkeit, Geräuschempfindlichkeit, vermehrte Selbstbeobachtung und allgemeine Apathie). Das Auftreten der Beschwerden war mit dem Zeitpunkt der Pensionierung zusammengefallen, nach der der Patient seiner ständig wechselnden Schmerzen wegen von einem Kurhaus zum anderen zog. Die Art seiner Klagen war charakteristisch: der Darm arbeite nicht mehr, er könne keinen Urin mehr lösen, seine Glieder schrumpften zusammen usw. Ohne je vorher Suicidgedanken geäußert zu haben, versuchte er innert kurzer Zeit mehrmals, seinem Leben ein Ende zu bereiten. So warf er sich vor die Straßenbahn, um sich überfahren zu lassen, wurde aber beiseite geschleudert und nur leicht verletzt. Nachdem er vergeblich versucht hatte, sich in seiner Badewanne zu ertränken, schluckte er 20 Tabletten Bellafolin und wurde deshalb mit einer Atropinvergiftung eingewiesen. Kurze Zeit später ließen sich die Symptome einer Bronchopneumonie sowie einer marantischen Thrombose der Beckenvenen feststellen (ein Zusammenhang mit der nur unbedeutende Symptome erzeugenden Atropinvergiftung ist nicht anzunehmen). Es erscheint als durchaus möglich, daß Phlebitis oder Bronchopneumonie die akute, zum Suicidversuch führende Exacerbation der Psychose bedingt haben. Auch hier ließen sich die Anzeichen des beginnenden organischen Abbaues feststellen; zeigte der Patient doch neben seinem depressiven Zustandsbild eine ungehemmte Eßlust, eine erotische Aufdringlichkeit gegenüber dem Pflegepersonal und ein kindisches Renommieren mit seinen Leistungen, was erkennen ließ, daß seine Urteilsfähigkeit herabgesetzt war.

Die durch paranoide Symptome bereicherten Involutionspsychosen zeigen meist kein zusammenhängendes Wahnsystem, aber doch eine Fülle von vereinzelten falschen Beziehungssetzungen und von wahnhaften Einzel-erlebnissen, die vor allem, wenn eine gewisse organische Komponente mit im Spiele ist, durch zufällige Ereignisse der Umgebung mitbestimmt und auch veranlaßt werden. Die Halluzinationen sind meist akustischer Art. Ihre Bedeutung für die Entstehung von Selbstmorden ist wohl eher gering. Ihr Nachweis gelingt allerdings nur selten, da die meisten Patienten ihre halluzinatorischen Erlebnisse gut zu verheimlichen verstehen. Die paranoide Verarbeitung illustriert meist nur die Inhalte der zugrunde liegenden Depression. Neues wird selten in die Psychose hineingetragen. So dienen die vom im folgenden beschriebenen Patienten gegebenen Äußerungen von Wahncharakter nur dazu, die Schuldgefühle zu vergegenständlichen:

Fall 11. Der 62jährige Beamte ist ein von väterlicher Seite her stark mit Schizophrenie belasteter Pykniker. Anschließend an den Tod der Gattin entwickelt der damals 61jährige, präpsychotisch bescheidene, stille, zurückgezogen lebende, etwas unterintelligente Patient eine involutiv gefärbte Depression mit zahlreichen hypochondrischen Befürchtungen in bezug auf seine Gesundheit, mit Schlafstörungen, zunehmender Menschenscheu und starker Antriebshemmung. Schließlich unternahm er ohne äußerlich erkennbaren Anlaß einen Suicidversuch, indem er sich die Extremitätengefäße mit einem Rebmesser zu eröffnen suchte. Erst unter der Narkosevorbereitung der geplanten Elektroschockbehandlung gab er paranoide Gedankengänge preis; unter Tränen erzählte er, in B. sei einmal von einem Bannwart ein Kind ermordet worden. Er trage nun immer die Befürchtung mit sich herum, daß er in Wirklichkeit der Schuldige sei. Kürzlich sei zudem an einem anderen Ort ein Bauer von seinem Silo zu Tode gestürzt, und nun habe er auch in diesem Falle das Gefühl, der Täter gewesen zu sein.

Unter unseren 64 Patienten fanden sich 9 (6 Männer, 3 Frauen), bei denen die Involutionenpsychose für die Entstehung des Suicidgeschehens im Vordergrund gestanden hat. Selbstverständlich finden sich aber auch unter den organisch stärker Geschädigten vereinzelte Fälle, die im Beginn der Erkrankung das Bild einer Involutionsdepression boten, später aber doch eine der senilen Psychosen entwickelten.

5. Hirnarteriosklerose

Unter allen Alterspsychosen kommt der Hirnarteriosklerose für die Entstehung von Suicidimpulsen zweifellos die größte Bedeutung zu. Das von uns untersuchte Krankengut zeigt 9 Patienten, bei denen die Hirnarteriosklerose den Gesamteindruck bestimmte. 7 weitere Patienten zeigten eine Kombination von senil-psychotischen und arteriosklerotischen Veränderungen, die wir hier der Arteriosklerose zurechnen. Damit zeigten also 16 oder ein Viertel aller von uns untersuchten Patienten mehr oder weniger ausgeprägte Symptome einer Hirnarteriosklerose. Wir haben dabei besonders darauf geachtet, die Diagnose einer Arteriosklerose nur dort zu stellen, wo eindeutige und charakteristische, klinisch nachweisbare und womöglich auch autoptisch bestätigte Symptome bestanden. Dies ist schon darum von Bedeutung, weil bei der Arteriosklerose des Gehirns klinisches Bild und pathologisch-anatomischer Befund häufig aufs grösste auseinanderklaffen. *Vogt* hat bei einer Durchsicht von 1836 Sektionsprotokollen von über 60jährigen beiderlei Geschlechts in 75% aller Fälle eine Sklerose der Hirngefäße gefunden, ohne daß sich klinisch eine derartige Häufung von arteriosklerotischen Demenzen hätte nachweisen lassen. Umgekehrt werden aber auch bei der Autopsie schwer Dementer oft nur unbedeutende Gefäßveränderungen im Gehirn vorgefunden, doch kann die Arteriosklerose durch die Untersuchung der übrigen Gefäßgebiete, durch Feststellung eines durch die Altersatrophie des Gehirns allein nicht mehr zu erklärenden Hydrocephalus und am sichersten durch histologische Untersuchungen in der Mehrzahl der Fälle diagnostisch sichergestellt werden.

Der Formenreichtum der zerebralen Arteriosklerose ist bedeutend größer als bei den senilen Psychosen. Für die Selbstmordgefährdung kommen nicht nur die ausgebildeten Krankheitszustände, sondern auch das pseudo-neurasthenische Vorstadium in Betracht, das zwar diagnostisch gegenüber postklimakterischen Symptomen nicht leicht abzugrenzen ist. Die quälenden Beschwerden wie Schwindel, Kopfschmerzen, Gedächtnisabnahme können zwar nur selten von sich aus suizidale Tendenzen entstehen lassen. Im Verein mit exogenen Schwierigkeiten und zusammen mit einer vorbestehenden Temperamentsabnormität im Sinne einer besonders leichten Verstimmbarkeit können sie aber genügen, um einen Selbstmordversuch auszulösen.

Fall 12. 61jähriger Kaufmann. Der Patient stammt aus einer schwäbischen Pfarrersfamilie und hat nach vielseitiger Ausbildung in der Schweiz und im Ausland schon mit sehr jungen Jahren eine leitende Stellung eingenommen. Nach mehr als 20jähriger Tätigkeit an dieser Stelle machte er sich mit einem Associé selbständig,

doch war die Arbeitsgemeinschaft mit dem nicht sehr zuverlässigen Kollegen nicht sehr erfreulich. Der inzwischen 60 Jahre alt gewordene Patient klagte immer wieder über deutlich verminderte Leistungsfähigkeit, leichte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und quälende Kopfschmerzen. Es zeigte sich auch bald, daß er der von ihm übernommenen Aufgabe nicht mehr ganz gewachsen war, vernachlässigte er doch die ihm unterstellte Buchhaltung derart, daß bald jede Übersicht und Kontrolle verloren ging. Gleichzeitig verzettelte er aber seine ohnehin schon verminderte Arbeitskraft in verschiedenen außerberuflichen Tätigkeiten und entwickelte in einer christlichen Gemeinschaft eine ganz besonders ausgedehnte Aktivität. Sein skrupelloser Geschäftspartner benützte die Schwäche und verminderte Urteilskraft des Patienten, um ihn unter der Anklage, größere Veruntreuungen begangen zu haben, aus dem Geschäft zu eliminieren. Die strafrechtliche Untersuchung ergab zwar die Ehrenhaftigkeit des Patienten, konnte aber nicht verhindern, daß der erschöpfte Patient diesem Zusammenbruch erlag und einen Suicidversuch mit Kochgas unternahm, der beinahe tödlich ausgegangen wäre. Hier haben die Prodromalsymptome der Hirnarteriosklerose zu einem pseudoneurasthenischen Syndrom geführt, das nicht nur für das berufliche Versagen, sondern auch für das Zusammenbrechen in der beschriebenen Notsituation verantwortlich zu machen und das deshalb auch als ausschlaggebend für den Suicidversuch anzusehen ist.

Gefährlicher wird aber die Arteriosklerose des Hirns, wenn die zerebrale Kreislaufstörung erst einmal zu irreparablen Folgezuständen geführt hat. Diese treten meistens unerwartet und plötzlich mit kleineren oder größeren ischämischen oder hämorrhagischen Insulten auf und hinterlassen in der Regel Defekte, die nur anfänglich voll kompensiert werden können. Dabei ist für die Hirnarteriosklerose typisch, daß der Kern der Persönlichkeit im Gegensatz zur senilen Demenz im allgemeinen gut erhalten bleibt und daß die Urteilsfähigkeit der Patienten trotz schweren neurologischen oder selbst psychoorganischen herdbedingten Ausfällen gelegentlich gut bleibt. Besonders gefährlich erscheinen aber jene mehr blanden Arteriosklerosen, bei denen keine größeren Insulte auffallen, bei denen es aber zu einem nur schlecht von der senilen Demenz zu unterscheidenden diffusen Abbau der gesamten Hirnsubstanz kommt. Diese ist häufig auf zahlreiche Mikroläsionen zurückzuführen, aber gelegentlich auch auf ungenügende O₂-Versorgung des Gehirns. Bei diesen Patienten zeigen sich die üblichen Symptome, dazu aber auch noch eine gewisse Reizbarkeit, Unverträglichkeit und die verschiedensten Körpersensationen. Eine depressive Stimmungslage, die besondere Affektlabilität und das unheimliche Gefühl eines drohenden Versagens der körperlichen und intellektuellen Fähigkeiten sind oft mit Suicidneigungen verbunden, die sich, wenn äußere Konfliktsituationen die so schon bis an die Grenze des Tragbaren gespannte Lage komplizieren, plötzlich verwirklichen.

Wichtig ist, daß die arteriosklerotische Depression oft plötzlich auftritt. So beschreibt ein 75jähriger Patient das ihm bis jetzt fremde Erlebnis der Depression:

Fall 13. «Am 14. Oktober kam die Schwermut plötzlich über mich, wie wenn mir etwas angeworfen worden wäre. Plötzlich habe ich mir Vorwürfe gemacht. Ich konnte dann nicht einmal die Zeitung mehr lesen, konnte nicht mehr spazieren gehen und jede Musik regte mich unerträglich auf.»

Die Diagnose einer arteriosklerotischen Depression ist leicht zu stellen, da sich praktisch ausnahmslos neurologische Ausfälle, anamnestische Besonderheiten oder auch vorübergehende Verwirrheitszustände erheben lassen. Die Beschreibung des folgenden Falles soll dies verdeutlichen:

Fall 14. 69jährige Frau eines selbständigen Gewerbetreibenden. Die Patientin, deren Vater, ein Trinker, schon Suicid begangen hat, gear im Verlaufe zweier Ehen, deren erste durch ihr Verschulden geschieden werden mußte, 11 Kinder. Sie sei eine lebhaft, gelegentlich auch heftig aufbegehrende Mutter gewesen, die ihre Kinder aber alle recht erzogen habe. Von jeher etwas schwernehmerisch, habe sie aber doch nie eigentliche Depressionszustände durchgemacht. Erst mit 60 Jahren, als geschäftliche Schwierigkeiten entstanden waren, habe sie eine kurzdauernde Verstimmung gezeigt. Mit 68 Jahren wurde die Patientin ausgesprochen «nervös», klagte viel über Schwindel, Kopfweh und Schleier vor den Augen. Sie habe auch kaum mehr geschlafen, habe viel geweint und sei wegen ihrer Hypertonie von verschiedenen Ärzten behandelt worden. Ihr Gedächtnis ließ deutlich nach, und sie habe, so wird uns berichtet, häufig Wortfindungsstörungen gehabt. In dieser Zeit erlitt die Patientin einen ersten deutlichen apoplektischen Insult mit vorübergehender Aphasie. Doch habe sie sich davon wieder gut erholt. Der diastolische Druck war seither ständig erhöht und die Beschwerden der Patientin nahmen eher zu.

Mit 69 Jahren ereignete sich wahrscheinlich ein neuer kleiner Insult, der neue Redestörungen und einen Verwirrheitszustand mit zeitweise völliger Desorientiertheit zur Folge hatte. Nach dessen Abklingen war die Patientin ängstlich-depressiv gestimmt und sprach wiederholt auch von Selbstmord, was aber von niemand ernst genommen wurde. Nach kurzer Abwesenheit von zu Hause fand sie bei der Rückkehr ihren um vieles jüngeren Gatten in schwer betrunkenem Zustande vor. Nachdem sie die halbe Nacht in der Stadt herumgeirrt hatte, stürzte sie sich am folgenden Morgen in den Rhein.

In der Klinik zeigte die Patientin sich immer schneller folgende Verwirrheitszustände und eine Zunahme der postapoplektischen Demenz.

Wohl begleiten hin und wieder paranoide Zustände eine Hirnarteriosklerose. Für die Selbstmordneigung dürften sie aber von eher geringer Bedeutung sein, da die Wahnerlebnisse nur beiläufig die Demenz begleiten und keinen sehr drängenden Charakter besitzen. Die Halluzinationen dauern meist nur kurze Zeit, wie überhaupt das ganze Zustandsbild ständigem Wechsel unterworfen ist.

6. Senile Demenz

Schon *Ringel* hat darauf hingewiesen, daß die senilen Psychosen keine besondere Selbstmordneigung aufweisen. Für die hohe Beteiligung des Alters am Selbstmord macht er vor allem die Gesamtsituation des älteren Menschen verantwortlich. Nach ihm scheinen in der Mehrzahl der Fälle exogene Faktoren (die besondere Situation des alten Menschen in seiner Umwelt) die Hauptrolle für das Zustandekommen des Selbstmordversuches zu spielen. Nur bei 5 unserer Patienten standen senile dementielle Erscheinungen im Vordergrund, häufig komplizieren sie aber andere Krankheitsbilder, insbesondere natürlich die Folgen der Arteriosklerose der Hirngefäße. Es ist deshalb sicher berechtigt, wenn wir uns eingehender mit dieser Psychose des Greisenalters beschäftigen.

Erstaunlich ist immer wieder, über welch ausgedehnte Zeit hin sich die ersten Symptome der senilen Demenz zurückverfolgen lassen. Dem gleichmäßigen und allmählichen Abbau der kortikalen Hirnanteile stehen individuell verschieden große Möglichkeiten der zerebralen Kompensation gegenüber. Die Krankheit bleibt deshalb oft lange Zeit unsichtbar hinter Veränderungen, wie sie auch dem normalen Altern zukommen, versteckt. Die Karikierung früherer Wesenszüge, konservative und egozentrische Tendenzen sind oft gegenüber dem gesunden Gleichaltrigen stärker betont, und über eine progressiv verlaufende Leistungsabnahme und Frischgedächtnisstörungen gleitet der Patient unauffällig in die Demenz hinein. Es ist deshalb durchaus nichts Ungewohntes, daß die Angehörigen trotz dem ja immer wirksamen Kausalitätsbedürfnis den Krankheitsbeginn nur selten bezeichnen können.

Stärker tritt die Demenz meist erst in Erscheinung, wenn die Belastung einer somatischen Krankheit oder ein Wechsel in den äußeren Lebensumständen die Kompensationsmöglichkeiten des atrophierten Zentralnervensystems überschreiten. Die Patienten fallen dann plötzlich durch kritiklose Entscheide oder durch das Fallenlassen bisher wirksamer Hemmungen auf, was dann gerne zu mit der bisherigen Persönlichkeit nicht immer adäquaten Handlungsweisen, wie zum Beispiel Sexualdelikten, führt. Gelegentlich führen solche Situationen, die das Anpassungsvermögen des Dementen überschreiten, zum Auftreten von wahnhaften oder halluzinatorischen Verarbeitungsversuchen, besonders wenn bei den Patienten von jeher eine gewisse Tendenz zu Mißtrauen oder Fehldeutungen vorhanden war. Die Endstadien der Demenz mit zunehmender Gedächtnisverschlechterung und mehr oder weniger ausgeprägter Verwirrtheit und Ratlosigkeit spielen für die vorliegende Untersuchung keine große Rolle mehr.

Ein vom Patienten nicht mehr zu bewältigender Wechsel in für ihn bedeutungsvollen Lebensumständen kann aber plötzlich auftretende Verwirrheitszustände oder hartnäckige depressive Verstimmungen auslösen, die, wie die paranoiden Reaktionen, die übrigens meist um Geld oder familiengeschichtliche Probleme kreisen, als Flucht in die Irrealität verstanden werden können. So ist z. B. der Wohnungswechsel, besonders für alte Frauen, die jahrzehntelang ihre bisherige Wohnung gepflegt haben, auch schon für Nichtdemente eine kaum zu bewältigende Aufgabe.

Fall 15. 71jährige Frau. Nach Angaben der Angehörigen war sie eher eine scheue und stille, bescheiden und zurückgezogen lebende Frau. In kinderloser Ehe hatte sie zusammen mit einem Tierpfleger ein Tierheim unterhalten, was ihr ermöglichte, ihre mütterlichen Bedürfnisse sinnvoll zu befriedigen. Bis zum 71. Lebensjahr sei die Patientin nicht als verändert aufgefallen; auch der Hausarzt berichtet, daß er die Patientin nie psychisch verändert gefunden habe. In diesem Alter führten die Aufgabe des Berufes und der Wohnungswechsel zum Verkauf des Hauses. Innert weniger Tage entwickelte die Patientin zahlreiche depressive Befürchtungen. Sie kam sich im neuen Heim ganz verloren vor, glaubte, daß die vertraglichen Vereinbarungen betreffend den Hausverkauf vom Geschäftspartner nicht eingehalten würden und entwickelte auch vereinzelte paranoide Ideen des Inhalts, daß dem Manne oder den Geschwistern etwas zustoßen werde. Schuld und Strafe war sie bereit dafür zu übernehmen. Schon 3 Wochen nach dem Wohnungswechsel und noch ganz im Beginn

der sich außerordentlich rasch entwickelnden Psychose beging die Patientin mehrere Suicidversuche (durch Aufschneiden der A. radialis, durch Einnahme von Schlaf-tabletten usw.). Aus der medizinischen wurde sie schließlich auf die psychiatrische Klinik verlegt. Dort mußte festgestellt werden, daß ihr Zustand sich sehr rasch verschlechterte. Die Patientin war zeitweise schon desorientiert und zeigte nach kurzer Zeit zunehmende Unruhe, Hilf- und Ratlosigkeit. Schließlich führte eine terminale purulente Cystopyelitis zum Exitus, der 8 Monate nach dem Manifestwerden der ersten psychotischen Symptome erfolgte. Bei der Autopsie (Pathologisch-anatomisches Institut der Universität Basel, Prof. A. Werthemann) wurde eine fortgeschrittene senile Atrophie des Gehirns gesehen.

Der Krankheitsverlauf scheint uns insofern charakteristisch, als er deutlich aufzeigt, wie lange Senildemente sich in ihrer gewohnten Umgebung und in dem ihnen eigenen Lebensrhythmus unauffällig halten können, da die kompensatorischen Möglichkeiten der Psyche und ihres organischen Substrates genügen, um längst eingeübte und gewohnte Funktionen trotz einer zunehmenden Hirnatrophie unauffällig auszuüben. Erst die größere Aufgabe, die in diesem Falle der Wohnungswechsel mit sich brachte, führte zur Dekompensation, dabei nun aber nicht nur zu einem Versagen bei der Lösung des speziellen Problems, sondern zu einem endgültigen Zusammenbruch mit nicht mehr aufzuhaltender Entwicklung der Psychose.

Senile Psychosen sind wahrscheinlich nur in ihren Anfangsstadien und bei von außen kommender zusätzlicher Belastung selbstmordgefährlich. Daß ein senil-psychotischer Patient, bei dem die Demenz bereits deutlich erkennbar ist, noch Selbstmordversuche unternommen hätte, haben wir nie feststellen können.

Die Bedeutung äußerer Lebensumstände

Außerhalb der Persönlichkeit das Suicidanten liegende Faktoren sind bei- nahe bei jedem Selbstmord mitbeteiligt. Nur tief in die Psychose versunkene Patienten beenden ihr Leben aus einem inneren Drange heraus. Die meisten dagegen begehen ihren Selbstmordversuch als Reaktion auf wirklich oder auch nur vermeintlich unüberwindbare Lebensschwierigkeiten hin. Wir haben bereits gesehen, daß die äußeren Anlässe der meisten Selbsttötungsversuche des jugendlichen und mittleren Lebensalters in der Störung mitmenschlicher (insbesondere erotischer) Beziehungen, in der Verletzung von Stolz und Selbstgeltung und vor allem auch in der Hemmung heftiger aggressiver Affekte zu suchen sind. Auch im Alter sind diese Erlebnisse geeignet, Suicidimpulse zu geben. Ihre besondere Durchschlagskraft erhalten sie aber aus dem tragischen Erlebnis des alten Menschen, daß die erlittenen Verluste endgültige sind. Für verlorene affektive Bindungen kann kein Objektersatz mehr gefunden werden. Das je länger je stärker werdende Gefühl der körperlichen Hinfälligkeit und die Gewißheit, größeren Einbußen an gesundheitlicher oder sozialer Sicherheit nicht mehr viel entgegenstellen zu können, passiv das Leben hinnehmen zu müssen, bereitet bei Belastungen Angst. Die Behauptung *Gruhles*: «Zum Selbstmord schreitet, wer nicht wieder aufzubauen vermag» scheint gerade bei den Altersselbstmorden das Wesentliche zu treffen. Denn hier werden die Möglichkeiten der Anpassung, der Umstellung auf neue Situationen, der «flexibility», von Jahr zu Jahr geringer. Die von *Vischer* gegebene Bestimmung des Altersbegriffes geht

gerade von dieser Besonderheit aus: «Das Alter kann definiert werden als ein fortschreitender Verlust der Fähigkeit des Organismus, nach einem exogenen oder endogenen Stress zu seinem ursprünglichen Zustand zurückzukommen.»

Daran, daß den Umweltsverhältnissen für die Entstehung der Alters-selbstmorde eine ganz besondere Bedeutung zukommt, ist nicht zu zweifeln. *Ringel* betont, daß exogene Faktoren die Hauptrolle beim Suicidversuch des alten Menschen spielen, und selbst *Schneider*, der sonst die Ansicht vertritt, daß den psychopathologischen Veränderungen größere Bedeutung als dem Motiv, das oft nur zufällig sei, zukomme, weist auf die enorm große Bedeutung äußerer Lebensumstände bei der Verwirklichung suicidalen Impulse des alten Menschen hin. Armut und affektive Vereinsamung nach dem Tod von Angehörigen sind nach seiner Erfahrung von großer Bedeutung, und wenn nicht so häufig psychoorganische Störungen festgestellt werden könnten, wäre man, so bekennet *Schneider*, versucht, von «Bilanzselbstmord» (*Hoche*) oder von «suicide rationnel» (*Deshaies*) zu sprechen.

Um die Frage zu untersuchen, welche Rolle exogenen Momenten zukommt, und um abzuklären, welche Umgebungsfaktoren denn als geeignet erscheinen, Selbsttötungen auszulösen, stehen uns zwei Wege zur Verfügung. Erstens lassen sich auf statistischem Wege gewisse soziologische Momente wie materielle Lage, Zivilstand usw. abklären und mit einer nicht-suicidalen Durchschnittsbevölkerung von gleichem Lebensalter vergleichen, und zweitens kann durch eine sorgfältige Analyse von Einzelfällen ermittelt werden, welche Ereignisse oder Lebensbedingungen der Patient selbst als kausal für den Selbstmordversuch erlebt hat.

Leider liegen über die soziale Lage der alternden Menschen nur wenige Angaben vor, die häufig zudem nicht gut mit unserem Material verglichen werden können. So hat *Sheldon* die Verhältnisse unter den alten Bewohnern der englischen Stadt Wolverhampton nach dem Prinzip des Sample-Testes untersucht. In unserem Kanton haben *Vischer* und *Guht* eine derartige Untersuchung über Lebensweise und äußere Existenzbedingungen der älteren Basler Bevölkerung durchgeführt, doch stand uns für unsere Arbeit erst ein Teil der Ergebnisse zur Verfügung.

1. Familiäre Situation

In der unten wiedergegebenen Tabelle haben wir die von *Vischer* gelieferten Zahlenwerte über die zivilstandlichen Verhältnisse der älteren Basler Bevölkerung mit den Ergebnissen zusammengestellt, wie sie aus der Bearbeitung unseres Materials hervorgingen. Dabei findet sich leider insofern eine kleine Unstimmigkeit, als *Vischer* und *Guht* nur die über 65 Jahre alten Männer erfaßt haben, während wir bei Männern und Frauen die gleiche Altersgrenze von 60 Jahren angesetzt haben. Der daraus entstehende Fehler dürfte aber gering sein und kann wohl vernachlässigt werden.

Da die uns zur Verfügung stehenden Zahlen eher klein sind, sollen nur aus auffällig signifikanten Unterschieden Schlüsse gezogen werden.

Prozentverteilung nach dem Zivilstand

	Männer		Frauen		Zusammen	
	Norm. Bev. über 65 J. (Vischer)	mit SMV über 60 J.	Norm. Bev. über 60 J. (Vischer)	mit SMV über 60 J.	Norm. Bev. über 60/65 (Vischer)	Pat. mit SMV
ledig	5,1	6,5	17,7	0,0	14,0	3,4
verheiratet	73,1	68,5	35,5	59,2	46,6	64,5
verwitwet	19,3	22,4	37,9	26,9	32,4	25,0
geschieden	2,5	2,6	8,9	13,9	7,0	7,1
zusammen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Aus diesen Zahlen werden folgende Schlüsse gezogen werden dürfen:

- ledige alte Frauen, die immerhin 17,7% der gleich alten Normalbevölkerung ausmachen, haben in den letzten 20 Jahren nie einen Suicidversuch unternommen;
- verheiratete alte Frauen begehen relativ häufig einen Suicidversuch;
- verwitwete alte Frauen begehen relativ wenig Suicidversuche;
- Ehescheidung scheint bei beiden Geschlechtern nur eine geringe Rolle zu spielen;
- alte Männer mit Suicidversuchen haben die gleichen zivilstandlichen Verhältnisse wie die entsprechende Altersstufe der Durchschnittsbevölkerung.

Wir haben aber auch ermittelt, wie groß die Kinderzahl der verheirateten, verwitweten und geschiedenen Patienten ist. Von den 62 unter diese Kategorie zu rechnenden Fällen waren 6 kinderlos; die übrigen 56 zeugten oder gebaren 172 Kinder, was gut 3 Kinder pro verheirateten Patienten ausmacht. Ob diese Zahl einem Durchschnitt entspricht, können wir nicht entscheiden, da keine adäquaten Vergleichszahlen zur Verfügung stehen. Heutige Verhältnisse können wegen der anderen Familiengröße mit einer älteren Generation nicht verglichen werden. Immerhin haben wir doch den Eindruck gewonnen, daß die Zahl von durchschnittlich 3 Kindern auch für die vorangegangene Generation eher hoch ist.

Die Beobachtung *Schneiders*, daß sich Selbstmordversuche bei Geschiedenen (unter denen sich erfahrungsgemäß ein hoher Anteil von neurotischen und psychopathischen Persönlichkeiten finden) ganz besonders gehäuft fänden, scheint bei unseren Patienten nicht mehr zuzutreffen. Damit wird auch unsere schon gemachte Feststellung, daß der Anteil der Neurotiker und Psychopathen eher gering sein dürfte, in einem gewissen Sinne bestätigt. Es darf also wohl festgestellt werden, daß im Alter besonders verheiratete Menschen mit einer gewissen Nachkommenschaft selbstmordgefährdet sind. Das steht nun in ganz besonderem Widerspruch zu manchen allgemein verbreiteten Vorstellungen. Nicht der alleinstehende und einsame Mensch ist also im Alter suizidgefährdet, sondern derjenige, der sein Alter im Schoße einer stattlichen Familie zwar nicht verbringt, aber verbringen könnte. Daß sich keine ledigen Betagten unter den Selbstmördern finden,

ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß diese im Laufe ihres langen Lebens haben lernen müssen, sich mit ihrem Einsamsein abzufinden. In der Psychologie gilt wie überall das Gesetz, daß das Verharren in einem Zustand Kräfte weder erfordert noch freigibt. Der Wechsel einer Befindlichkeit dagegen kann große Energien beanspruchen oder auch zur Verfügung stellen. So erstaunt es keineswegs, daß, in unserem Krankengut zumindest, das Einsamsein nie einen Selbstmord ausgelöst hat, daß aber das Einsamwerden für zahlreiche unserer Selbstmordversuche verantwortlich gemacht werden muß. Die beiden Geschlechter unterscheiden sich darin aber in ganz besonderer Weise.

Verschiedene alte Männer haben kurz nach dem Hinscheiden der Gattin Selbstmordversuche unternommen. Dies selbst dort, wo eine qualvolle Ehe jede Liebe und Anhänglichkeit zerstört zu haben schien.

Fall 16. 76jähriger Privatier. Der Patient war 47 Jahre mit einer ihm nicht immer treuen Frau verheiratet gewesen. Noch die letzten Ehejahre waren von heftigen und täglich wiederholten Streitszenen erfüllt gewesen, und der Patient hatte sich bis zuletzt eine gewisse Bereitschaft zu eifersüchtigen Reaktionen erhalten, zu denen ihm die Gattin allerdings auch noch verschiedentlich Anlaß gegeben hatte. Als der Patient 76 Jahre alt war, starb die Gattin, die in den letzten Jahren sehr schwierig zu ertragen gewesen war. Der Patient, der sich bis dahin von anderen gleichaltrigen Männern nicht unterschieden habe, zeigte innert 2–3 Wochen zunehmende Symptome einer senilen Demenz, wurde affektilabil, affektkontinent und unternahm schließlich 4 Wochen nach der Beerdigung der Gattin einen Selbstmordversuch durch Einnahme von 20 Tabletten Sedormid. Bei der Untersuchung zeigte er die Symptome einer bereits fortgeschrittenen Demenz mit starken mnestischen Ausfällen, wechselnder Orientierung und andauernder depressiver Verstimmung, in der neue Suicidideen geäußert wurden. Der Inhalt seiner zeitweise paranoid gefärbten Äußerungen drehte sich allein um die Gattin, über die er sich einerseits sehr aggressiv und unfreundlich äußerte, nach der er andererseits aber in seinen Verwirrheitszuständen ununterbrochen rief.

Auch hier scheint die wahrscheinlich schon seit Jahren sich entwickelnde senile Demenz erst unter dem Eindruck des Verlustes der Lebensgefährtin manifest geworden zu sein. Nachdem er dieses Objekt von Eifersucht, Liebe und Haß endgültig verloren hatte, entwickelte sich ein rapider Zerfall der wahrscheinlich nur noch mit knapper Not kompensierten intellektuellen Funktionen. Wie weit möglicherweise auch Schuldgefühle gegenüber der Ehefrau den Suicidversuch mitbedingt haben, konnte bei dem vorgeschrittenen dementiellen Zustand nicht mehr geklärt werden.

Während noch zwei weitere Männer anschließend an den Tod der Gattin Selbstmordversuche unternommen haben, hat keine einzige der zahlreichen verwitweten Frauen den Verlust des Gatten in suicidalen Art verarbeitet. Ja die oben wiedergegebene Tabelle zeigt sogar, daß verwitwete Frauen weniger Selbstmordversuche unternehmen, als dies ihrem Anteil an der Bevölkerung entsprechen würde. *Vischer* hat in den Altersheimen des Basler Bürgerspitals, deren Insassinnen zum großen Teil verwitwet sind, beobachtet, daß zahlreiche Frauen nach dem Tode ihres Ehegefährten erst eigentlich aufzuleben beginnen. Dieser Geschlechtsunterschied ist doch wohl darauf zurückzuführen, daß im Alter der männliche Ehepartner häufig jede berufliche Tätigkeit einstellt, untätig zu Hause herumsitzt, ohne bei den

Haushaltarbeiten zuzugreifen, nicht selten auch den Alkoholkonsum vermehrt und schließlich für die Frau nur noch eine arge Last ist. Die Frau dagegen ist für den Mann im Alter von größerer Bedeutung denn je zuvor. Nach dem Tode der Gattin, die die Nahrung, den Haushalt, die Wäsche und damit die elementarsten Lebensbedürfnisse befriedigte, werden alte Männer oft von großer Hilflosigkeit gepackt, die besonders ausgeprägt ist, wenn bereits organische Störungen die Umstellungsfähigkeit eingeschränkt haben. Dazu kommt mit zunehmendem Alter der Ehe und fortschreitender Entsexualisierung der Beziehung eine Neigung des alten Mannes, in seine Gattin mütterliche Züge zu projizieren. Im hohen Alter erreicht die Abhängigkeit des Mannes von seiner Frau häufig diejenige eines Kindes von seiner Mutter.

Während die ältere Frau für den Verlust ihres Gatten in auffälliger Weise immun wird, ist sie um so empfindlicher für jede Störung ihrer Beziehung zum Sohne. Töchter und Schwiegerkinder spielen eine untergeordnete Rolle. Insbesondere führt die Verdrängung der Frau durch die Schwiegertochter zu Selbstmordversuchen. Besonders dann, wenn sie zu Beginn der Ehe noch einige Zeit mit dem jungen Ehepaare zusammenleben konnte und schließlich wegen zunehmender Kompetenzstreitigkeiten in der Führung des Haushaltes oder wegen Platznot infolge der Geburt von Kindern die Wohnung verlassen muß.

Fall 17. 63jährige Frau. Die seit einigen Jahren von ihrem Manne, einem Beamten, geschiedene Frau lebte bei ihrem jüngeren Sohne. Als dieser sich verheiratet hatte, äußerte sie schon einmal die Absicht, aus dem Leben zu gehen. Sie kam dann aber mit der Frau des Sohnes äußerlich gut aus, konnte sich aber nur schwer darein schicken, nicht mehr die erste Rolle im Haushalt zu spielen. Als der Sohn einmal etwas verspätet nach Hause kam, machte ihm die Patientin Vorhalte. Der Sohn fuhr auf und verließ demonstrativ am Arm seiner Frau das Haus. Auf diese Zurücksetzung hin öffnete die Patientin sämtliche Gashähne und konnte nur noch in tiefst bewußtlosem Zustand aufgefunden werden. Eine weitere Abklärung war nicht möglich, da die CO-Intoxikation eine retrograde Amnesie und ein deutliches Korsakowsches Syndrom hinterlassen hatte.

Fall 18. 63jährige Frau, Gattin eines Handwerksmeisters. Die von jeher überexakte Hausfrau, die vom Gatten als empfindlich und unberechenbar geschildert wurde, hatte mit der Frau des älteren Sohnes verschiedene erregte Auseinandersetzungen, so daß der Sohn und seine Frau das Haus der Patientin schließlich ganz mieden. Als nun die wenig taktvolle Braut des jüngeren Sohnes ihre Ferien im Haushalt der Patientin verbrachte und in dem infolge langer Krankheit der Patientin etwas vernachlässigten Haushalt gar zu sichtbar Hand anlegte, kam sich die Patientin als *quantité négligeable* vor und unternahm einen Suicidversuch mit Barbitol.

Wenn auch die erwachsenen Kinder den elterlichen Haushalt verlassen, so erwächst doch der älter gewordenen Generation im Umgang mit Großkindern ein reicher Ersatz an liebevoller Zuwendung. Gerade in dieser von erzieherischen Zielsetzungen so freien Beziehung der beiden äußersten Generationen zueinander finden beide Teile Befriedigung so mancher Bedürfnisse des Herzens. «Die Eltern sind die Sonnen der Kinder, in ihrer Wärme reifen sie. Aber trocken sind die Eltern oft, ergriffen von des Tages Mühen, ihre Zeit gefüllt mit Arbeit, Befehlen und Zurechtweisen, das ist ihre immer wieder-

kehrende Aufgabe, Niederdrücken das aufkeimende Böse ihre beständige Mühe. Die Großeltern sind der Tau der Kinder, sie sind es, die mit ihrer freien Liebe die kindliche Liebe nähren, frisch erhalten, immer ein offenes Herz haben für der Kinder Leiden und Freuden, dafür sorgen, daß das Gemüt des Kindes nicht erstarre im rauen Leben, sondern weich und offen bleibe dem Guten, dem Schönen, der Liebe. Und wiederum erquickten die Kinder das alternde Herz, das sonst ganz öde wäre und ebenfalls vertrocknete. Denn die Kinder sind dem elterlichen Herzen entwachsen, bedürfen der Hilfe weniger, sind verschlossener geworden; an ihrer Statt ziehen die Großkinder ein und füllen es mit neuen Freuden, neuen Hoffnungen, erquickten es täglich mit dem Tau der Liebe.» (Jeremias Gotthelf: Anne Bäbi Jowäger.) Aber auch dieses bescheidene Glück kann gefährdet sein, weil die wechselnden Moderscheinungen der Kindererziehung den altmodischen Einfluß der Großeltern als ungünstig erscheinen lassen können, weil die Enge des städtischen Lebens die räumliche Trennung in kleine Familien erfordert oder weil eifrige Behörden nur die Interessen des Kindes wahrnehmen, zu dessen vermeintlichem Vorteil die Verhältnisse geändert werden:

Fall 19. 60jährige Frau. Die Patientin hat ihre Eltern nie gekannt, da beide noch in der frühesten Kindheit der Patientin gestorben sind. Sie arbeitete als Hilfsarbeiterin in der Textilindustrie, auch noch als sie schon 20 Jahre mit einem chronischen Trinker verheiratet war, dem sie drei Töchter geboren hatte. Nach dem Tode des Gatten lebte die Patientin allein mit einem unehelich geborenen Großkind zusammen, das ihr vom Tage der Geburt an anvertraut worden war und elf Jahre lang ständig bei ihr lebte. Die Patientin zeigte in den letzten 5 Jahren zunehmende Vergeßlichkeit und damit parallel laufende erzieherische Unfähigkeit, die vom Kinde frech ausgenutzt wurde. So mußte die Vormundschaftsbehörde, die ja in erster Linie die Interessen ihrer Mündel zu vertreten hat, die Wegnahme des Kindes beschließen. Die Patientin beantwortete die damit eintretende Vereinsamung mit einer schweren depressiven Reaktion auf der Basis eines schon längere Zeit wirkenden senil-arteriosklerotischen Abbaues, der sich bis jetzt aber nicht groß ausgewirkt hatte. Während mehreren Tagen verweigerte sie jede Nahrungsaufnahme und versuchte auch, sich eine Wunde in der Herzgegend beizubringen, so daß sie eingewiesen werden mußte. Die Patientin zeigte später noch verschiedene depressive Schübe, die zum Teil auf einer langdauernden Involutionspsychose, zum Teil aber auch auf zunehmendem psychoorganischem Abbau und endlich auch auf ungünstigen Existenzbedingungen beruhten.

2. Soziale Stellung und wirtschaftliche Lage

Auch hier wird gemeinhin angenommen, daß Armut und eine Stellung auf den unteren Sprossen der sozialen Stufenleiter eher zum Selbstmord disponieren als ein gewisser Wohlstand. Dies mag bei einer Untersuchung der Suicidalität der Gesamtbevölkerung seine Geltung haben, da ja nachgewiesen ist, daß gerade unterintelligente und psychopathische Persönlichkeiten, die wohl eine besondere Affinität zu solchen gewaltsamen Lösungen der Lebenskonflikte aufweisen, nur selten über die untersten sozialen Stufen hinausgelangen. Im Alter, auf jeden Fall in unserer baselstädtischen Bevölkerung, gelten doch wohl andere Kriterien. Bei einer Zusammenstellung der Berufe (berücksichtigt wurde immer die letzte vollamtlich ausgeübte

berufliche Tätigkeit) zeigt sich, daß es nun gerade die gehobeneren Volksschichten sind, die im Alter mit Suicidversuchen belastende Lebenslagen beantworten. Bei den verheirateten Frauen unseres Krankengutes haben wir die Stellung des Ehemannes angenommen, da damit wohl auch die soziale Einordnung der Frau am leichtesten zu bezeichnen ist. Bei Frauen, die nach Scheidung oder Tod des Ehemannes selbst berufstätig gewesen sind, wurde ihr eigener Beruf und nicht der des ehemaligen Gatten in unsere Tabelle einbezogen. Die Aufstellung unserer 64 Fälle ergibt folgende Verteilung:

Hilfsarbeiter	3
gelernte Handwerker	12
selbständige Landwirte	2
Handwerksmeister und selbständige Gewerbetreibende	16
kaufmännische Angestellte, niedere Staatsbeamte	9
höhere Staatsbeamte, selbständige Kaufleute, Industrielle	14
Akademiker und Künstler	6
nicht näher bestimmbar	2
zusammen	64

Diese Zahlen scheinen nun doch in ganz eindeutiger Weise darzutun, daß besonders Menschen, die einen gewissen Glanz und Wohlstand erlebt haben, im Alter depressiven Verstimmungen unterworfen sind. Die oben wiedergegebene Verteilung zeigt, daß die meisten unserer Patienten sich in ihrer gehobenen sozialen Stellung sicherlich einer gewissen Wertschätzung und Geltung haben erfreuen können. Bis zum Augenblicke der Untersuchung scheint sich aber die günstige wirtschaftliche Lage mancher Patienten verschlechtert zu haben. Unsere Erhebungen ergaben bei 60 Patienten (bei 4 Patienten konnten weder aus der angelegten Krankengeschichte noch aus späteren Erhebungen zuverlässige Angaben gewonnen werden) folgende wirtschaftliche Situation im Augenblicke des Suicidversuches:

ganz von der öffentlichen Fürsorge lebend	1
unentgeltlich bei nahen Angehörigen	2
noch berufstätig und mit eigenem Einkommen	10
aus Ersparnissen und Renten lebend	18
voll pensionsberechtigt	15
in Verarmung begriffen	14
zusammen	60

Im großen und ganzen kann die materielle Lage der von uns untersuchten Patienten nicht als schlecht bezeichnet werden. Sie steht sogar sicherlich über dem durchschnittlichen Lebensstandard der entsprechenden Altersgruppe.

Auch die Angaben amerikanischer Autoren zeigen eine ähnliche Relation auf. Insbesondere läßt eine sozialmedizinische Arbeit von *Faris* und *Dunham* über die Verhältnisse in Chicago erkennen, daß die unter ungünstigsten sozialen Bedingungen lebenden Neger der Elendsviertel von Chicago die höchsten Ziffern von arteriosklerotischen und senilen Psychosen aufweisen, daß sie aber im Alter kaum je Selbstmord begehen. Zwar ist die Suicidhäufigkeit der schwarzen Bevölkerung ganz allgemein bedeutend geringer

als bei den weißen Einwohnern, doch zeigt sie innerhalb dieser generellen Sonderstellung noch die interessante Tatsache, daß die Selbstmorde der Neger mit zunehmendem Alter abnehmen und dies trotz einer ganz gewaltigen Krankheitsanfälligkeit für senile Psychosen. Ganz abgesehen davon, daß diese Verhältnisse darauf hindeuten, daß organische Gehirnerkrankungen zwar das Suicid ermöglichen, aber keineswegs bedingen, läßt sich daraus, besonders wenn man auch unsere Ergebnisse berücksichtigt, ersehen, daß ein Leben in bescheidenen Verhältnissen oder gar in Armut kein Suicid-motiv ist. Selbstmord begeht, wer etwas verliert. Verlieren kann aber nur, wer etwas sein Eigentum nennt, seien es nun Angehörige, eine gehobene Stellung oder wirtschaftliche Sicherheit. Wer nie einen Ehepartner besaß, nie sich einer gewissen Wertschätzung erfreute und auch gewohnt war, von der Hand in den Mund zu leben, hat sich in einem Lebensalter, da dies noch möglich war, wohl oder übel mit seinen Existenzbedingungen abfinden müssen. Wer aber im Alter, bei verminderter Anpassungsfähigkeit, einen ihm wichtigen Verlust erleidet, steht dem Ereignis hilfloser gegenüber. Unter Umständen übersteigt es seine Tragfähigkeit.

Ein derartiger Objektverlust kann sich besonders dann katastrophal auswirken, wenn er auf bereits bestehende Verarmungsängste im weitesten Sinne trifft. Diese bei vielen Patienten mit senilen oder arteriosklerotischen Symptomen anzutreffenden Befürchtungen, die sich aber auch bei Personen mit normalem Senium finden, konkretisieren in Geldwerten unbewußte und vorbewußte Erlebnisse des alternden Menschen wie Abnahme der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit. Das Dasein erscheint weniger gesichert. Allzuoft ist auch der Rückzug aus der beruflichen oder familiären Aufgabe mit einer schweren Einbuße des Selbstwertbewußtseins verbunden. Körperliche Erkrankungen, vor allem wenn sie chronisch wie die meisten Alterskrankheiten verlaufen, erinnern an die eigene Hinfälligkeit und an die Endlichkeit dieses Daseins. Die in der Jugend und im Mannesalter noch zahlreichen potentiellen Existenzmöglichkeiten werden mit zunehmendem Alter immer eingeschränkter. All dies wird als drohender oder wirklicher Verlust an Macht und Kraft dem Leben und seinen Anforderungen gegenüber erlebt. Und Geld ist Macht, nicht nur in der Psychologie des Unterbewußten. Daß deshalb dieses Lebensgefühl des drohenden Versagens durch Verarmungsängste ausgedrückt wird, ist verständlich. Dasselbe Geschehen, wenn auch einem paranoiden Verarbeiten näherstehend, drücken die Bestehlungsideen der alten Leute aus. Hier wird die Schuld am Verlust von Kompensationsmöglichkeiten nach außen auf einen Dritten geschoben. Eine Patientin unserer Untersuchung hat diesem Erlebnis der zunehmenden Hinfälligkeit in dem eindrucklichen und sehr bildhaften Wahn, daß sie und ihre kleine Welt unaufhaltsam von Motten zerfressen würden, Ausdruck gegeben.

In Verbindung mit dieser im Alter, und vor allem wenn bereits psychoorganische Defekte vorliegen, ständig bereitliegenden Furcht, dem Leben nicht mehr gewachsen zu sein, können sich solche bereits eingetretene oder auch nur drohende Objektverluste zu dem Gefühl verdichten, vor einer end-

gültigen und katastrophalen Niederlage zu stehen. Das retrospektiv gerichtete Zeiterleben des alten Menschen, der keine oder nur noch eine begrenzte Zukunft erblickt, verhindert auch die jedem jüngeren Menschen noch mögliche Flucht in die Hoffnung, daß die Zukunft die Zurücksetzungen der Gegenwart entgelten werde.

Für die Verluste an mitmenschlichen Beziehungen und ihre Bedeutung für die Entstehung von Selbstmordversuchen haben wir bereits einige Beispiele gebracht. Dasselbe soll nun auch noch für die Auswirkungen von materiellen Rückschlägen und beruflichen Zurücksetzungen geschehen:

Fall 20. 80jähriger Schreinermeister. Der angeblich immer gesunde, auch konstitutionell nicht auffällige Patient arbeitete bis zuletzt in einem von ihm selbst gegründeten und großgezogenen Geschäft. Der Schwiegersohn, den er vor Jahrzehnten in die Firma genommen hatte, verdrängte zusammen mit der Tochter des Patienten den etwas senil und unbeweglich gewordenen Vater immer mehr aus allen Funktionen, ließ ihn auch immer wieder merken, daß er von seinem Beruf überhaupt nichts mehr verstehe und in der Werkstätte eigentlich mehr im Wege stehe. Man sprach vom ruhigen Lebensabend, den er sich jetzt endlich gönnen solle und verdamnte ihn damit zur Untätigkeit. Als der Patient schließlich vermehrt zu trinken begann, wurden ihm seine finanziellen Mittel aufs äußerste beschränkt. Der recht hinfällige Mann äußerte mit der Zeit zunehmende wahnhafte Bestehungs Ideen, verpflichtete sich im geheimen auch einen Privatdetektiv, da er befürchtete, daß ihm seine Kleider gestohlen würden. Im Zusammenhang mit einer eigentlich unbedeutenden Meinungsverschiedenheit über den Besitz eines bestimmten Werkzeuges beging der Patient einen Selbstmordversuch, indem er sich mit einem großen Messer verschiedene Gefäße öffnete.

Fall 21. 71jähriger Kaufmann. Der bis vor kurzem unauffällige alte Mann, der sich ein beträchtliches Vermögen erworben hatte, war wegen des zweiten Weltkrieges praktisch um seinen ganzen Besitz gekommen und lebte als Gast bei der Tochter und einem brutalen Schwiegersohn, die er beide im Glauben zu halten wußte, daß sie dereinst Erben eines beträchtlichen Vermögens würden. Um der drohenden Entlarvung zu entgehen und um der Tochter, für die er im Falle der Entdeckung des wirklichen Sachverhaltes fürchtete, mindestens die letzten Reste seines Besitzes hinterlassen zu können, damit sie ihre Stellung in der Ehe halten könne, beging er einen Selbsttötungsversuch. Gerade dadurch verriet er aber seine wirkliche Lage, und wegen der Tatsache seiner Verarmung wurde er schließlich von Schwiegersohn und Tochter in rücksichtslosester Weise selbst aus der Mansarde, in die man ihn zuletzt verbannt hatte, gewiesen. Der 72jährige Patient zerriß alle seine Kleider, setzte die Mansarde in Brand und verschwand. Er blieb seither verschollen.

Fall 22. 73jähriger Akademiker. Der Patient war ein lebhafter, sehr intelligenter, heiterer Mensch. Nach erfolgreichen Studien hatte er sich im Ausland dank seinem besonderen Unternehmungsgeist zu führenden Stellungen emporgearbeitet, lebte auf großem Fuße, hatte aber auch bei der Bewältigung außergewöhnlich schwieriger Lebensumstände keine Mühe. So erlebte er den Verlust seines Vermögens und eine zweijährige Deportation nach Sibirien nach Berichten von Angehörigen mit großem Gleichmut und entwickelte dabei sogar zugunsten von Mitgefangenen eine lebhafte fürsorgliche Tätigkeit. Auch die spätere Flucht nach Westeuropa und der Neuaufbau einer Existenz seien ihm leicht gefallen. Als der Patient 67jährig war, verlor er seine Gattin und mit dem zweiten Weltkrieg auch den größten Teil seiner Ersparnisse. Das restliche Vermögen war bald aufgezehrt, die letzten Bilder seiner früheren Sammlung verkauft, und als dem Patienten die Wegweisung aus der Wohnung und die Pfändung angekündigt worden waren, beging er, nachdem er buchstäblich keinen Franken mehr besaß, einen schweren Suicidversuch.

Instruktiv ist in diesem besonderen Falle, daß dem Patienten früher die Bewältigung schwerer Schicksalsschläge mühelos gelungen ist, während er jetzt, da er schon gewisse dementielle Anzeichen aufwies, einer ähnlichen Lage, die aber mit einiger Anstrengung zu überwinden gewesen wäre, nicht mehr gewachsen war. Der organischen Schädigung ist wohl zuzuschreiben, daß er im Grunde gar keine Anstrengungen unternommen hat, um seine Situation zu verbessern.

Fall 23. 64jähriger Junggeselle. Der Patient hatte eine erfolgreiche Tätigkeit als selbständiger Kaufmann hinter sich, mußte aber im Alter von 51 Jahren wegen Differenzen mit einem Compagnon aus der Firma austreten, an der er beteiligt gewesen war. Es gelang ihm aber nicht mehr, in einer anderen Firma unterzukommen. Er lebte deshalb von seinem kleinen Vermögen und von verschiedenen kleinen Geschäftsabschlüssen, die er so nebenbei tätigen konnte. In der ganzen Straße, wo er wohnte, war er als gutmütiger, höflicher und jederzeit hilfsbereiter Nachbar sehr beliebt. Seine finanzielle Lage verschlechterte sich allerdings von Jahr zu Jahr, obwohl er mit äußerster Bescheidenheit lebte. Nachdem er schließlich keinerlei Geldmittel mehr hatte und auch die Leintücher versetzt waren, beging er einen Selbstmordversuch mit Kochgas.

Kein einziger dieser Patienten in finanzieller Notlage hat sich an die Fürsorgebehörden der Stadt gewandt. Zum Teil aus Stolz, zum andern aber weil sie, die ein ganzes Leben gewohnt gewesen waren, für sich selbst auch unter schwierigen Bedingungen zu sorgen, gar nicht auf den Gedanken kamen, daß ihnen von den Sozialinstitutionen der Stadt bereitwillig Hilfe geboten würde.

Prognose und ärztliche Maßnahmen

Wie schon die große Rezidivhäufigkeit beweist, muß die Prognose als ungünstig bezeichnet werden. Haben sich Suicidideen einmal des Patienten bemächtigt, dann besteht eine ungeheure Gefahr, daß er, selbst wenn die aktuellen Schwierigkeiten behoben sein sollten, beim ersten Auftreten von neuen Konflikten wiederum zu diesem letzten Mittel greift. Besonders Patienten mit stärkeren psychotischen Veränderungen sind gefährdet. Es wird sich also allein im Interesse des Patienten empfehlen, die Internierung durchzusetzen. Dem stehen allerdings oft die Widerstände der Angehörigen entgegen, die aus nicht immer ganz lauterer Motiven die Sicherung des Patienten gelegentlich zu hintertreiben versuchen oder aus unklaren Vorurteilen heraus ihrem Angehörigen die «Schrecken des Irrenhauses» ersparen möchten. Daß man, wenn die Hospitalisierung in einer psychiatrischen Klinik indiziert erscheint, unbedingt auf deren Durchführung bestehen sollte, zeigt der im folgenden beschriebene Fall, bei dem den Wünschen der Angehörigen zu schnell nachgegeben worden war:

Fall 24. 71jährige Frau. Die Patientin stammt aus einer hereditär scheinbar nicht belasteten Familie. Nach einer unauffälligen Jugend heiratete sie einen arbeitsamen und sparsamen Handwerker, der es zu einigem Besitz brachte, dabei aber ein eigensinniges, reizbares und sonderbares Wesen hatte und zeitweise auch ein arger Trinker war. Die Patientin war, selbst während der vier von ihr durchgemachten Schwangerschaften, immer eine unternehmungslustige und tatkräftige Frau, die sich auch da und dort einen Nebenverdienst zu verschaffen wußte.

Mit 50–54 Jahren hatte sie starke klimakterische Beschwerden mit Abnahme der Leistungsfähigkeit, unklaren Herz- und Kreislaufstörungen, Stechen in der Magengegend und das Gefühl «etwas Lebendiges im Magen zu haben, das sich bewege».

Mit 66 Jahren begann eine mehrere Jahre dauernde Obstipation («Tag und Nacht pfätzt und zerreißt es mich im Bauch»). Mit 70 Jahren wollte sie deshalb zeitweise nicht mehr essen und trinken, schlief auch nicht mehr, war von einer dauernden Unruhe erfüllt und äußerte verschiedene unbegründete Krebsängste. Sie war ohne jeden Lebensmut und machte sich schwere Vorwürfe. Eine ärztliche Behandlung war aber nie versucht worden. An einem Morgen habe sie dann ihrer Schmerzen wegen einen Kamillentee brauen wollen ... und dann habe sie halt einfach gerade alle Gashähnen aufgemacht. Der anlässlich dieses Suicidversuches zugezogene Arzt der Poliklinik stellte eine schwere Involutionsdepression fest, doch mußte wegen des heftigen Widerstandes des Gatten auf eine Internierung verzichtet werden.

Zwei Jahre später wurde die Patientin erneut wegen eines Suicidversuches in das Bürgerspital eingewiesen. Der Ehemann verwahrte sich dagegen, daß überhaupt ein Psychiater zugezogen würde. Nach der Entlassung der Patientin nach Hause (sie zeigte übrigens immer noch den gleichen qualvoll depressiven Zustand) wurde versucht, hinter dem Rücken des Ehemannes durch die Fürsorgerin Kontakt mit der Patientin aufzunehmen. Doch verwahrte sich der Gatte offiziell gegen jede Einmischung und erklärte, daß er jede Verantwortung für einen eventuellen Selbstmord übernehmen werde.

2 Monate später suicidierte sich die Patientin zu Hause mit einem nikotinhaltigen Pflanzenschutzmittel. Unter ihren Effekten fand man folgenden Abschiedsbrief: «Meine Lieben! Euch trifft keine Schuld, habe Papa heimlich Spritzgift genommen und versteckt. Ich kann nicht liegen, noch sitzen noch stehen, weder essen, ich komme ums Augenlicht. Ihr werdet mich begreifen. Papa und L. trifft keine Schuld. Sie haben mich zu viel gehütet sonst hätte ich schon längst wieder etwas unternommen. Mama.»

Wenn auch gar nicht behauptet werden soll, daß eine Internierung den Selbstmord der Patientin hätte verhindern können, so kann doch gesagt werden, daß man der tiefst unglücklichen Frau die Depression, diesen qualvollsten aller Krankheitszustände, doch sehr hätte erleichtern können.

Von Angehörigen wird immer wieder die Frage aufgeworfen, wie weit der Arzt überhaupt berechtigt sei, den alten Menschen, der seinen Tod sucht, an seinem Vorhaben zu hindern. Daß dies keine unnötige Frage ist, geht immer wieder aus dem Verhalten zufälliger Zuschauer beim Suicid eines alten Menschen hervor. Den Polizeiakten eines alten Mannes, der sich von der Wettsteinbrücke in den hochgehenden Rhein gestürzt hatte, entnahmen wir kürzlich, daß die Leute des Krankentransportdienstes sich arge Anrempeleien gefallen lassen mußten, weil sie versuchten, den bewußtlosen Patienten wieder zum Leben zu erwecken. Man solle doch diesen alten Mann sterben lassen!

Offenbar entspricht es einem weit verbreiteten Volksempfinden, daß der Selbstmord im höheren Lebensalter eigentlich ein durchaus normales und legitimes Vorgehen sei. Es ist möglicherweise ein Überrest jener primitiven und archaischen Aussetzung der Alten, die als bei manchen Volksstämmen vorkommend beschrieben wird. In der griechischen Kolonie Marseille scheint sich der Brauch in milderer Form noch einige Zeit gehalten zu haben, hatten doch dort alte Männer das Recht, vor dem Rat der Stadt ihren Wunsch nach einem baldigen Tode zu vertreten. Konnten dafür gute Gründe angeführt werden, so sei dem Gesuch entsprochen worden und die Stadt habe überdies für einen Arzt gesorgt, der das Nötige vorzukehren hatte.

Das philosophische Problem des Selbstmordes hat mit der medizinischen Praxis keine Berührungspunkte. Wäre dies immer beachtet worden, dann hätten lange fruchtlose Diskussionen umgangen werden können. Wenn etwa *Seneca* mit folgenden Worten:

«Malum est in necessitate vivere; sed in necessitate vivere necessitas nulla est ... patent undique ad libertatem viae multae breves, faciles; agamus deo gratias, quod nemo in vita teneri potest: calcare ipsas necessitates licet. (Ep. 12, 10.)»

den Selbstmord preist, oder wenn Benjamin *Constant* schreibt:

«Mais le suicide est un moyen d'indépendance, et en cette qualité tous les pouvoirs le haïssent.» (De la religion.)

oder neuerdings *Sartre* in seiner Baudelaire-Biographie feststellt:

«L'obsession du suicide est pour lui un moyen de protéger sa vie plutôt que d'y mettre fin.»

so ist die Möglichkeit des Selbstmordes für alle drei eine äußerste Erweiterung der Freiheit, durch die das Dasein, aus dem man jetzt ja jederzeit weggehen kann, überhaupt erst erträglich wird. Für sie genügt die *Möglichkeit*, den Freitod zu wählen. Unsere Patienten begehen ihn im *Zwang*. Es ist die fürchterliche, undenkbare Angst, die sie dazu treibt und die scheinbare Ausweglosigkeit ihrer Lage. Und wenn der Arzt einen solchen kranken Menschen behandelt, dann ist es ihm gar nicht in erster Linie darum zu tun, den Patienten vor dem Suicid zu bewahren, sondern es gilt, den krankhaften Zustand so erträglich zu machen, daß der Selbstmord nicht mehr notwendige Folge sein muß.

Gerade in der Behandlung von alten und auch körperlich kranken Depressiven sind in den letzten Jahren Möglichkeiten geschaffen worden, die in einem großen Teil der Fälle Erleichterung bringen können. Wenn in dieser Arbeit auch kein Raum dafür ist, die Behandlung der Alterspsychosen im einzelnen darzustellen, so sei doch daran erinnert, daß unter dem Schutze von Curare und in Narkose auch bei älteren Patienten die gerade bei Involutionspsychosen oft verblüffend gute Wirkungen erzielende Elektroschockbehandlung ohne erhebliche Gefahren durchgeführt werden kann. Auch die Verwendung von Largactil hat dazu beigetragen, die oft potenzierend auf das ganze Zustandsbild wirkenden Schlafstörungen und Unruhezustände bei organischen Psychosen erträglich zu machen. Für Einzelheiten muß auf die in letzter Zeit in dieser Hinsicht reichlich erscheinenden Publikationen verwiesen werden (*Stachelin, Kielholz, Heuscher*).

Möglichkeiten einer Prophylaxe

Die Häufigkeit der Selbstmorde ist ein Gradmesser für die Angepaßtheit einer Menschengruppe an ihre Lebensbedingungen. Wenn nun eine soziale Gruppe durch extrem hohe Selbstmordziffern auffällt, darf mit einigem Recht der Schluß gezogen werden, daß ihre Existenzbedingungen wichtige seelische Bedürfnisse unbefriedigt lassen. Zukünftiges soziales und wirtschaftliches Planen wird an der Tatsache nicht vorbeigehen dürfen, daß vom alten Menschen von heute eine adäquate Lebensform nur selten gefunden

wird und daß sich ein großer Teil der alten Bevölkerungsschichten mit Kümmerformen des Lebens abfinden muß.

Zwei Gründe sind es hauptsächlich, die diesen Sachverhalt bedingen. Der eine ist die Tatsache, daß das menschliche Leben durch die Bemühungen der Medizin eine Ausweitung erfahren hat. Dabei ist es weitgehend den Nutznießern dieser medizinischen Fortschritte überlassen worden, sich für die zusätzlich geschenkte Zeitspanne eine sinnvolle Daseinsform heranzubilden. Veraltete Vorstellungen von einem geruhsamen, untätigen Greisenleben und heute noch erhobene anachronistische soziale Forderungen nach Vorverlegung des obligatorischen Pensionierungsalters tragen das ihre dazu bei, die Diskussion von den wirklichen Problemen auf vermeintliche abzulenken.

Die Frauen können ihren Lebensberuf, die Besorgung eines Haushaltes, in vielen Fällen unter einer den abnehmenden Kräften parallel laufenden langsamen Verkleinerung des Aufgabenkreises oft bis kurz vor dem Tode weiterführen und sich damit manche kleine Befriedigung verschaffen, gleichzeitig durch die wiederholte Betätigung altgeübter Funktionen Wesentliches zur Jungerhaltung beitragen. *Sheldon* bemerkt dazu: «Diese ungebrochene Fähigkeit, sich als nützlich zu erweisen, und das dadurch bedingte Gefühl, auf dieser Welt noch irgendwie notwendig zu sein, ist von unschätzbarem Wert für das körperliche Befinden der alten Frau. Zweifellos trägt dies dazu bei, daß so viele alte Frauen die Männer überleben, trotzdem sie eine schwerere Bürde körperlicher Behinderungen mit sich tragen» (zitiert nach *Vischer*).

Dem Manne ist diese Möglichkeit heute meistens verschlossen. Die berufliche Arbeit wird durch Vertrag oder Gesetz zu einem im voraus festgesetzten Zeitpunkt jäh unterbrochen, unbeeinflußt davon, ob sich dies bereits als notwendig erweist. Wohl haben sich die meisten Männer lange nach dem Tag gesehnt, da sie zum letzten Male an die Arbeitsstelle treten müssen. Aber oft schon nach kurzer Zeit beginnen sie sich dann nach dem früheren Tagesrhythmus zurückzusehnen und nach den Aufgaben und Pflichten, die ihnen übertragen waren und deren Erfüllung doch manche Befriedigung brachte. Wie sehr der Beruf Leben und Haltung eines Mannes schließlich bestimmen, zeigte am besten ein Insasse der Altersheime des Bürgerspitals. Der frühere Bahnbeamte ging noch lange Jahre nach seiner Pensionierung täglich an seinen alten Arbeitsplatz, um dort still für sich zu kontrollieren, ob die Züge noch richtig abgefertigt würden.

Nach der häufig doch allzu scharfen Zäsur des Rückzuges aus dem Beruf werden all jene Tätigkeiten, die man auf den Zeitpunkt der Pensionierung verschoben hatte, doch nur ganz selten aufgenommen. Der immer wieder gehörte Rat, sich ein Steckenpferd zuzulegen, fällt in den allermeisten Fällen auf steinigem Boden. Man kann sich zu solchen Tätigkeiten nicht einfach an einem beliebigen Zeitpunkt entschließen. Sie sind lebendiger Ausdruck einer Persönlichkeit und gehen aus deren Lebensgeschichte hervor. Und schließlich: Freizeitbeschäftigungen erfüllen und formen den Menschen nur in Ausnahmefällen so wie ein während drei oder vier Jahrzehnten ausgeübter

Beruf. Es sind uns zwar zahlreiche Greise bekannt, die bis ins höchste Alter eine meist handwerkliche Arbeit weitergeführt und sich dabei eine Frische und Beweglichkeit des Geistes erhalten haben, die vermuten lassen, daß mindestens ein Teil der intellektuellen und emotionalen Altersveränderungen auf jahrelange Untätigkeit zurückzuführen ist. Die große Mehrzahl aller Männer läßt sich aber durch die Pensionierung überraschen und besitzt dann im 7. Lebensjahrzehnt nur noch höchst selten die Fähigkeit zur Neuorientierung.

Wir fragen uns, ob es nicht möglich gewesen wäre, einen gewissen Teil der Arbeitswilligen unter den 7400 65jährigen und älteren Männern unserer Stadt noch länger an ihrem angestammten Arbeitsplatz, wenn vielleicht auch in anderer Funktion, zu verwenden. Allerdings stehen einer solchen Betätigung häufig die günstigen Pensionsbedingungen entgegen, die es dem alternden Menschen selbst als unwirtschaftlich erscheinen lassen, wegen eines kleinen Mehrverdienstes die Anstrengung der Arbeit auf sich zu nehmen. So wird wahrscheinlich auf Jahre hinaus die Pensionierung im 65. Altersjahr ein nicht anzutastendes Tabu des sozialen «Fortschrittes» sein. Bis dahin wird man als beratender Arzt aber jede Aktivität alternder Leute fördern. Der Rat zu weiterer Schonung ist im Alter meistens falsch und führt zu einem Abbrechen von Tätigkeiten, die dann nicht mehr aufgenommen werden, und damit zu weiterer Verarmung der Persönlichkeit. Das Warten und die Untätigkeit sind der größte Feind des Alters. Als sich der 77jährige amerikanische Selfmademan Georges Eastman, der im Laufe seines Lebens ungeheuren Reichtum erworben hatte, erschöß, lautete sein Abschiedsbrief: «To my friends. My work is done, why wait? GE.»

Nur die Landwirtschaft und die kleinen selbständigen Gewerbe bieten dem alternden Menschen günstige Lebensbedingungen. Der Rückzug könnte hier langsam geschehen, und dem Sinken der Kräfte entsprechend könnten hier die Funktionen des Patienten allmählich von jüngeren Kräften übernommen werden. In den Verhältnissen einer Industriestadt wird man alle jene Beschäftigungsmöglichkeiten fördern, die dem Alter das Leben noch lebenswert erscheinen lassen könnten: Schrebergärten, allerdings nur für Leute, die schon immer solche unterhalten haben, können sicherlich manche Freude bringen; Altersstuben, sofern sie nicht nur Zeitungen und Wärme, sondern auch Beschäftigungsmöglichkeiten bieten. Der in den Altersheimen des Basler Bürgerspitals seit Jahren durchgeführte Versuch, einen Teil der Insassen gegen ein kleines Taschengeld oder gegen andere Gegenleistungen innerhalb des Spitalbetriebes zu den verschiedensten Hilfeleistungen zu verwenden, so als Hilfspförtner, zur Liftbedienung, zu Botengängen usw., darf als Erfolg betrachtet werden. Vielleicht steht die Tatsache, daß sich unter den mehreren hundert Insassen der Altersheime seit Jahren kein Selbstmord mehr ereignet hat, mit dieser Männer und Frauen erfassenden Beschäftigung in einem gewissen Zusammenhang. Erst die Arbeit gibt dem Leben der meisten Menschen Inhalt. Sie verschafft, wenn sie beherrscht wird, Selbstsicherheit und Befriedigung.

Aber die Untätigkeit ist nur eine der Ursachen für die hohe Selbstmordhäufigkeit, die die in Städten wohnenden Alten aufweisen. Die Hauptursache ist doch wohl, daß die humanistisch-christliche Welt immer mehr eine individualistische und gemeinschaftsauflösende Form angenommen hat, in der der alternde Mensch überflüssig erscheint. Eine durch den wirtschaftlichen Zwang zu Leistung und Produktion bedingte Überschätzung der Jugendlichen geht mit einer Entwertung der Alten parallel. Die große Familien-einheit mit Eltern, Kindern, Großeltern und möglicherweise ledigen Tanten oder Onkeln ist in der urbanistischen Kultur längst eine Seltenheit geworden. Die Wohnungen enthalten meist nur noch wenige und enge Zimmer. Die Selbsthaftigkeit der Familie hat einer ausgesprochenen Migration nach und aus Industriezentren Platz gemacht. All dies läßt oft große Familien in kurzer Zeit zerfallen, und die älteste Generation vereinsamt dadurch in zunehmendem Maße oder ist auf die keineswegs selbstverständliche Großzügigkeit der Kinder angewiesen. Die alten Menschen brauchen aber so viel Liebe und Anhänglichkeit wie die Jugend. Sie benötigen, um Leben zu können, das Gefühl, ein bejahtes und notwendiges Glied der Gemeinschaft zu sein. Die Entwicklung der Zivilisation stellt sie aber immer mehr beiseite und trennt sie von ihrer Familie, die diese Bedürfnisse alle befriedigen könnte. Ob diese Entwicklung zu begrüßen ist, ob sie notwendig ist oder einfach unvermeidlich, kann hier nicht beurteilt werden. Es sei hier nur festgestellt, daß diese Veränderungen der soziologischen Struktur in vollem Gange sind und daß sie die Existenz der von uns untersuchten Patienten auf das ernsthafteste gefährdete.

Die Lösung des Altersproblems wird immer noch zu sehr auf der materiellen Ebene gesucht. Wohl können erhöhte Altersrenten und -versicherungen ein gewisses Gefühl der Sicherheit vermitteln; an der unbefriedigenden Lage der meisten alten Menschen wird dadurch aber nicht viel geändert. Da man heute im Alter nur noch ausnahmsweise im Kreise der Familie leben kann, müssen neue Formen des Gemeinschaftslebens gefunden werden. Mit den jetzt überall in Gang kommenden Alterssiedlungen ist damit sicher ein erster Anfang gemacht, der den aus der Aktivität des Lebens gerissenen Menschen neue sinnvolle Existenzbedingungen bietet und die Anknüpfungen neuer menschlicher Beziehungen erleichtert. Diese Lösung wird um so bedeutungsvoller werden, als in zunehmendem Maße durch den Abbruch alter Stadtteile, die immer der bevorzugte Zufluchtswinkel alter Menschen gewesen sind, eine Heimatlosigkeit geschaffen wird, die sich in der Anonymität der Miethäuser großer Wohnquartiere nicht beheben läßt. Wenn die Alterssiedlungen aber sinnvoll werden sollen, dann müßte sich in ihnen im Laufe der Zeit aber auch ein bescheidenes Gemeinschaftsleben bilden, das anfänglich vielleicht der Anregung von außen bedarf, sich mit der Zeit aber durchaus aus dem Unternehmungsgeist der Insassen sollte nähren können.

Gut geführte Altersheime sind, entgegen einem weit verbreiteten Vorurteil, Orte, in denen sich nicht so schlecht leben läßt. Unsere Arbeit enthält nur 2 Selbstmordversuche, die in Altersheimen stattgefunden haben,

und diese zudem unmittelbar nach dem Eintritt und unter dem Eindruck der Ausstoßung aus der eigenen Familie. Wesentlich ist, daß Altersheime in die Stadt gehören, wodurch nicht nur kleinere Spaziergänge an die alten Wirkungskreise, sondern auch Besuche von Angehörigen leichter erfolgen können. Altersheime in ländlicher Gegend trennen die Insassen von ihrem früheren Wirkungskreis und von den wenigen Menschen, die sie noch kennen. Daß der alte Mensch in der Landschaft besondere Erholung und eine Quelle neuer Freuden finden könnte, ist eine romantische, aber wirklichkeitsfremde Annahme. Dies gilt allerdings nur für seelisch und intellektuell gut erhalten gebliebene Alte. Demente und alt gewordene Psychotiker wird man dagegen mit Vorteil in ländlichen Verhältnissen in Pflege geben, da ihnen dort eine ungleich größere Bewegungsfreiheit gewährt werden kann als innerhalb einer Stadt.

Ganz besondere Bedeutung kommt dem Hausarzt alter Menschen zu, leben diese nun in ihrer alten Wohnung, in Siedlungen oder in Heimen. Die Krankengeschichten unserer Selbstmordpatienten zeigen, daß wegen der in die Augen springenden Hypochondrie der meisten Patienten die Klagen über körperliche Beschwerden nicht ernst genug genommen wurden und daß die Untersuchung oft recht summarisch erfolgte. Ganz besonders gilt es, die oft recht hartnäckigen Schlafstörungen und Unruhezustände fachgemäß zu beheben, da sie oft die Ursache mancher Verstimmungszustände sind. Wenn auch Depressionen mit wahrnehmbaren Selbstmordneigungen unbedingt der Internierung bedürfen, so wird man doch nicht jeden Verwirrtheitszustand zum Anlaß nehmen, den Patienten der psychiatrischen Klinik zu überweisen. Deliriose Zustände sind oft vorübergehender Natur und gelegentlich auch durch somatische Funktionsstörungen bedingt, wie sie durch diabetische Dekompensation oder durch kardiale Insuffizienz, die zu einem chronischen Sauerstoffdefizit in den sklerosierten Hirngefäßen führen kann, verursacht sein können. Ganz besonders scheinen aber im Alter symptomlos oder symptomarm verlaufende Infektionen wie Zystopyelitiden oder Bronchopneumonien das psychische Befinden zu verändern. Bei älteren alleinstehenden Männern wird man auch auf Unterernährung, Hypovitaminosen und chronischen Alkoholismus zu achten haben. Hospitalisierung und Bettruhe sollten aber nur in beschränktem Ausmaße angeordnet werden.

Aber der Patient soll nicht nur das Gefühl haben, daß sein körperliches Wohlbefinden in sicheren Händen ist, sondern der Arzt hat gerade bei seinen alten Patienten noch wesentliche andere Aufgaben zu übernehmen. So muß er, der oft noch der einzige Besucher sein mag, dem Mitteilungsbedürfnis seiner Patienten Zeit gewähren. Er muß, auch wenn die tatsächliche Leistung noch so gering gewesen sein mag, das gelebte Leben als Leistung anerkennen. So wird eine eigentliche Psychotherapie nur ausnahmsweise nötig sein. Ist eine solche, in Depressions- oder Angstzuständen, aber doch einmal am Platze, so ist sie nach unseren Erfahrungen durchaus aussichtsreich. Sie wird sich allerdings insofern grundlegend von einer in klassischer Art durchgeführten Therapie unterscheiden, als es sich nie um eine eigentliche

Tiefentherapie handeln kann, sondern immer nur um eine direkte emotionale Befriedigung. Dabei ist vor allem zu berücksichtigen, daß die Grundgefühle depressiver Zustände im Alter meist solche der Hilflosigkeit, Wertlosigkeit und Verwundbarkeit sind, die beinahe immer Angst erzeugen und gerade deshalb unter Umständen zum Selbstmord treiben. Der so in seinem Selbstwertgefühl schwankend gewordene Patient sucht Schutz und Hilfe in einer Art Elternersatz, der ihm am besten vom Arzt oder von einer Krankenschwester geboten werden kann, gänzlich unabhängig von deren Lebensalter. Der Patient muß in den Unterredungen mit dem Arzt das Empfinden haben, mit ihm besonders gut zu stehen. Das hebt das Selbstgefühl und baut gleichzeitig auch das Erlebnis der Hilflosigkeit langsam ab. Auch bei schwereren Verstimmungen wird man mit 5–10 kurzen Konsultationen auskommen. Wesentlich ist nur, daß der Patient am Ende jeder Sitzung den Eindruck hat «of having the therapist» (*Goldfarb, Turner*).

Bei in Altersheimen lebenden Menschen wird man darauf achten müssen, daß der Heimcharakter gewahrt bleibt und daß nicht aus betriebswirtschaftlichen Gründen die Betriebsvereinheitlichung und eine Anstaltsarchitektur mit langen Korridoren und uniformen Zimmern auf die Spitze getrieben werden. Die Individualität sollte gewahrt bleiben in der persönlichen Kleidung, in einer möglichst weitherzig gefaßten Hausordnung und in der Möglichkeit, mindestens kleine Teile des alten Hausrates bei sich zu haben. Wenn das Pflegepersonal für die kleinen Gewohnheiten und Absonderlichkeiten der alten Leute genügend Toleranz aufbringt, wird man auch in einem bescheiden geführten Altersheim jene Atmosphäre schaffen können, die die Entstehung schwerer psychogener Reaktionen des alten Menschen und ihren tragischen Ausgang im Selbstmord weitgehend verhindern kann.

Das Alter mancher Menschen kann bei Beachtung gewisser sozialer und medizinischer Forderungen mit Würde und Sinn erfüllt sein. Ein Teil der von uns geschilderten 64 Selbstmordversuche und der 238 tödlich ausgegangenen Selbstmorde alter Menschen der Stadt Basel in den Jahren 1933 bis 1952 hätten damit möglicherweise verhindert werden können, «denn in je mehr und in je weiter gespannte, gefühls- und sachbetonte, übergreifende Bindungen der Mensch als bejahtes und notwendiges Glied eingefügt ist, desto mehr wird er vom Leben getragen. Wenn dann selbst Fäden reißen und Beziehungen verloren gehen, bleiben noch immer genug Bindungen übrig, um ihn vor einem Hinabstürzen in das Bodenlose der Sinnlosigkeit zu bewahren» (*v. Andics*).

1. *Andics, Marg. v.*: Über Sinn und Sinnlosigkeit des Lebens, auf Grund von Gesprächen mit Selbstmördern. Wien 1938.
2. *Anon*: Suicides Decline to New Low. Statist. Bull., Metrop. Life Insur. Co. **25**, 6 (1944).
3. *Delannoy, R. M.*: Selbstmorde und Selbstmordversuche in Wien im Jahre 1926. Stat. Mitteilungen Stadt Wien 1927, 3. Sonderheft.
4. *Faris, R. E. L.*, und *Dunkham, W. L.*: Mental Disorders in Urban Areas. Chicago 1939.
5. *Gruhle, Hans*: Selbstmord. Leipzig 1940.

6. *Gruhle, Hans*: Selbstmord und Alter. Z. Altersforschung **3**, 21 (1942).
7. *Goldfarb, A. J.*, und *Turner, H.*: Psychotherapy of Aged Persons. Amer. J. Psychiat. **109**, 916 (1953).
8. *Hawkinson, L. F.*: The Menopausal Syndrome: Treatment with Estrogen. J. Amer. med. Ass. **115**, 390 (1938).
9. *Heuscher, J.*: Curare und Elektroschock. Schweiz. med. Wschr. **77**, 1078 (1947).
10. *Hirzel, Rudolf*: Der Selbstmord. Archiv Religionswissenschaft. **11**, 75 (1907).
11. *Jantz, H.*: Schizophrenie und Selbstmord. Nervenarzt **22** (1951).
12. *Kauders, O.*: Der Todesgedanke in der Neurose und in der Psychose. Nervenarzt **6/7** (1934).
13. *Kielholz, P.*: Fortschritte in der Anwendung der Elektrotherapie durch Narkose- und Curareschutz bei psychisch Kranken. Praxis **39**, 215 (1950).
14. *Kinkelin, M.*: Verlauf und Prognose des Manisch-depressiven Irreseins. Schweiz. Arch. Neur. Psychiat. **73** (1954).
15. *Kiorboe, Erik*: Suicide and Attempted Suicide Among Old People. J. Geront. **6**, 233 (1951).
16. *Menninger, K. A.*: Man against himself. New York 1938.
17. *Morgenthaler, W.*: Letzte Aufzeichnungen von Selbstmördern. Bern 1945.
18. *Orelli, von A.*: Der Wandel des Inhaltes der depressiven Ideen bei der reinen Melancholie. Schweiz. Arch. Neur. Psychiat. **73** (1954).
19. *Piker, Philip*: Eighteen Hundred and Seventeen Cases of Suicidal Attempt. A Preliminary Statistical Survey. Amer. J. Psychiat. **95**, 97 (1938).
20. *Ringel, Erwin*: Der Selbstmord. Wien 1953.
21. *Schneider, P. B.*: Recherches catamnesticques sur la tentative de suicide. Bull. schweiz. Akad. med. Wiss. **10**, 143 (1954).
22. *Schwarz, Fritz*: Probleme des Selbstmordes. Bern 1946.
23. *Staehelin, J. E.*: Über Selbst- und Gemeingefährlichkeit. Praxis **36**, 616 (1947).
24. *Staehelin, J. E.*: Über die freiheitliche Behandlung der Geisteskranken. Schweiz. med. Wschr. **79**, 850 (1949).
25. United States Bureau of the Census: Mortality. Summary for U.S. Registration States: Suicide Vital Statistics-Special Reports **16**, 157 (1942).
26. *Vischer, A. L.*: Probleme der Gerontologie. Schweiz. med. Wschr. **84**, 1305 (1954).
27. *Vischer, A. L.*: Das Alter als Schicksal und Erfüllung. 3. Aufl., Basel 1954.
28. *Vischer, A. L.*: Seelische Wandlungen beim alternden Menschen. Basel 1949.
29. *Vogt, Alban*: Alte Menschen im Altersheim. Basel 1951.
30. *Waldstein, Erich*: Der Selbstmord in der Schweiz. Basel 1934.
31. *Werner, A. A.*: The Male Climacteric. J. Amer. med. Ass. **112**, 1441 (1939).

